



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

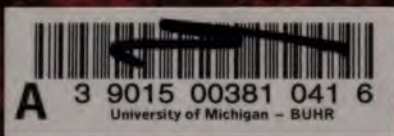
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

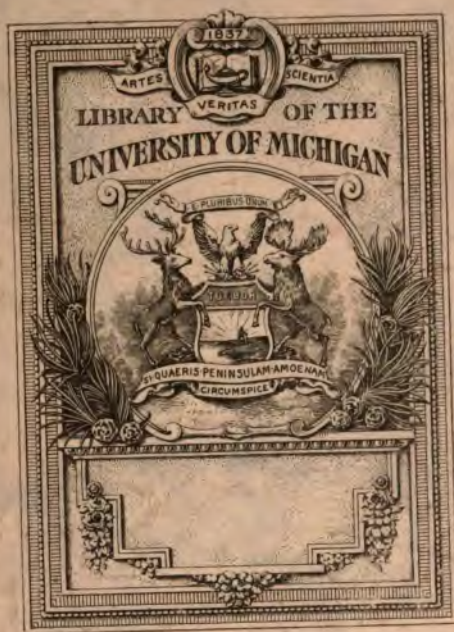
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

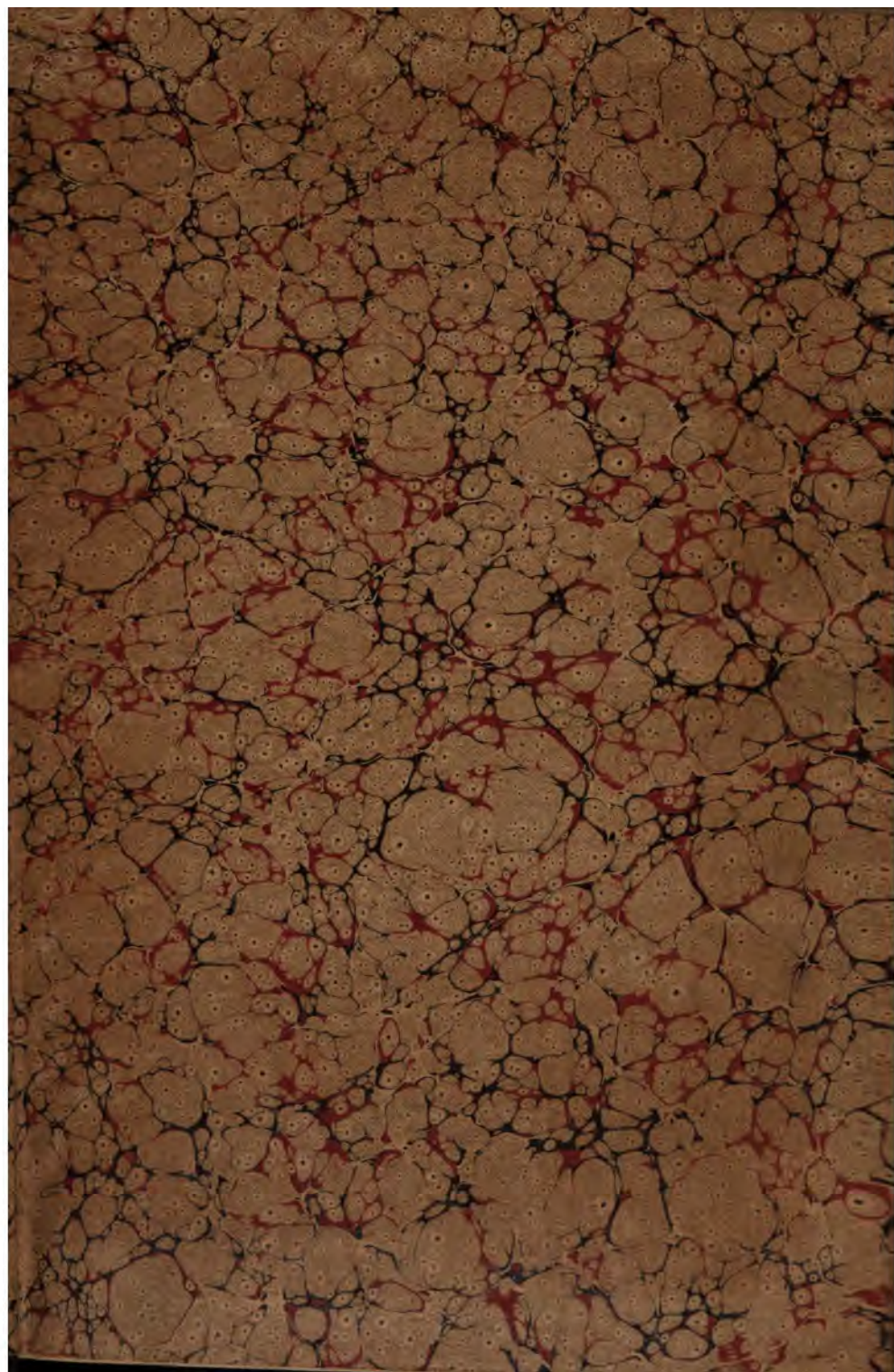


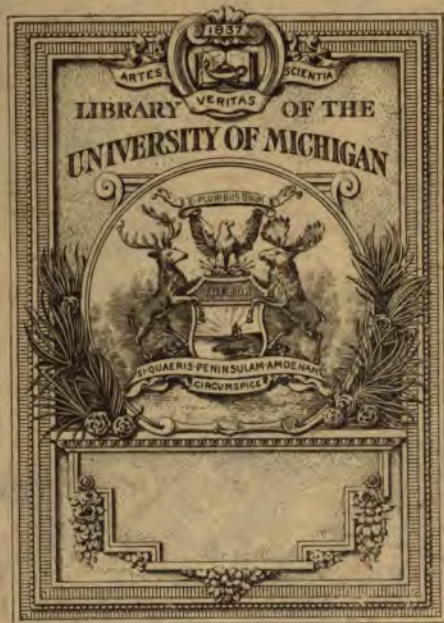
A

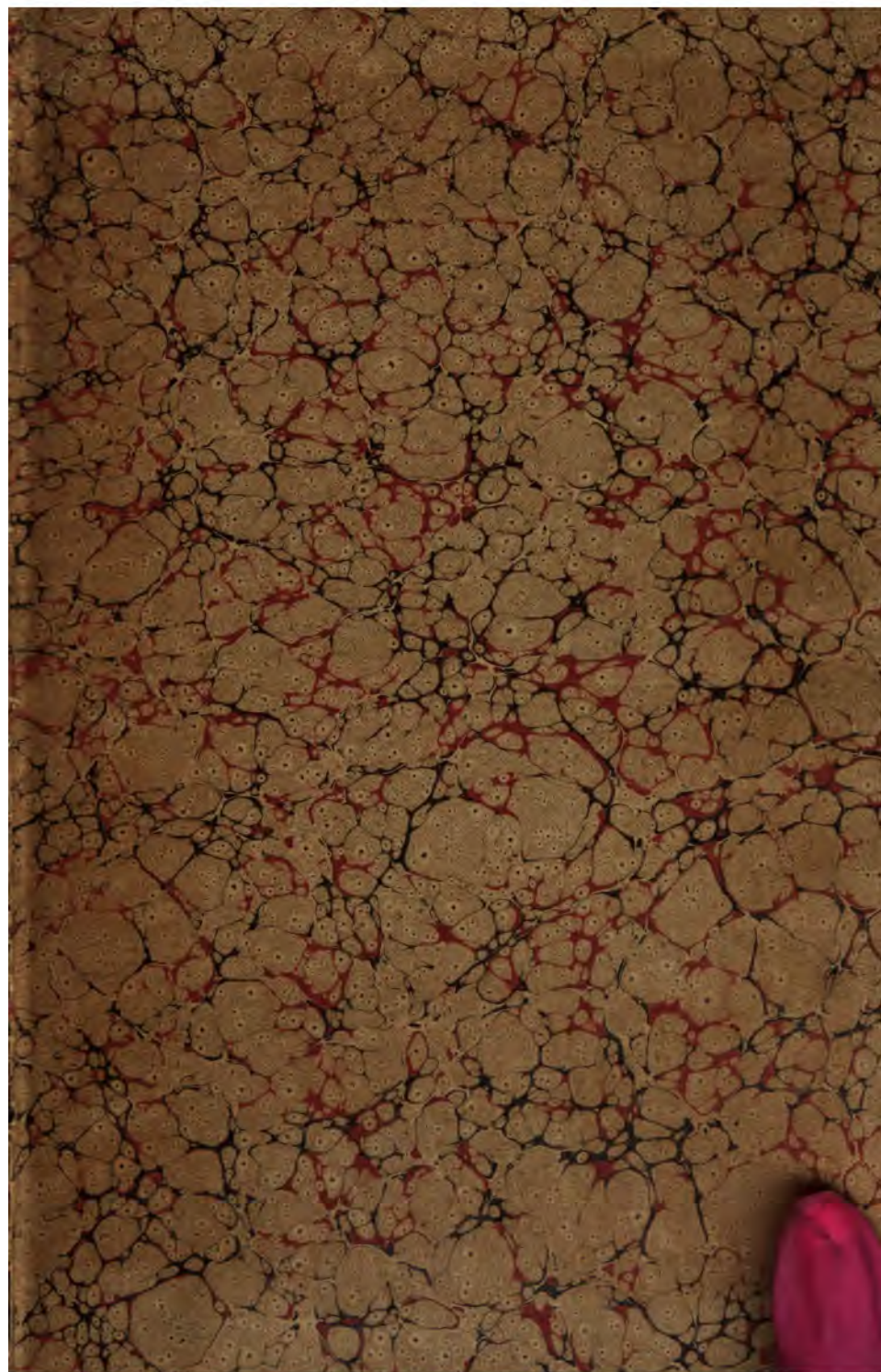
3 9015 00381 041 6

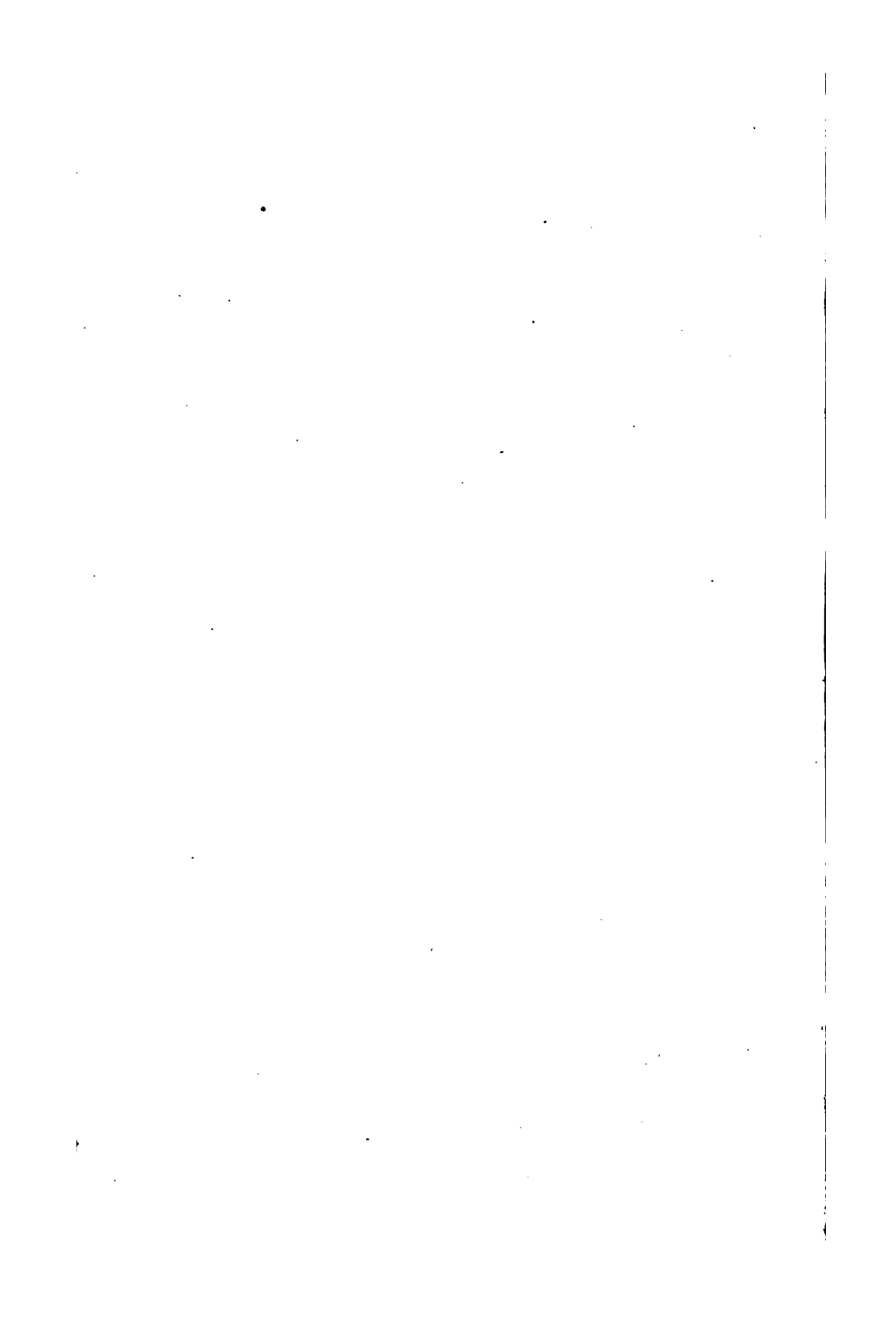
University of Michigan - BUHR











61015

S678

A53



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

61015
S678
A53

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

Paris. — Imprimerie Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

BULLETINS

DE LA

74376

**SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS**

ANATOMIE NORMALE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — CLINIQUE.

XXXIX^e ANNÉE (1864)

2^e SÉRIE. — TOME IX

RÉDIGÉ

PAR LE D^r BRICHETEAU, SECRÉTAIRE.

PARIS

MOQUET, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,

11, RUE DES FOSSÉS-SAINT-JACQUES, 11.

1864

LISTE
DES
MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXXIX^e ANNÉE. — 1864.

2^e SÉRIE. — TOME IX.

Bureau.

Président.	MM. CRAUVEILHIER.
Vice-présidents	{ BESNIER.
	{ DESCROIZILLES.
Secrétaire	BRICHETEAU.
Vice-Secrétaire	BROUARDEL
Trésorier	PARMENTIER.
Archiviste.	POUMET.

Titulaires:

BARTH, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté.
BESNIER, médecin des hôpitaux.
BLAIN DES CORMIERS, ex-chef de clinique de la Faculté.
BROCA, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
BRICHETEAU, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BROUARDEL, interne des hôpitaux.

CRUVEILHIER, professeur à la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux.

DESCROIZILLES, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

DESPRÈS, chirurgien des hôpitaux

GENOUVILLE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

GER N-ROSE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

GUYOT, médecin des hôpitaux.

MARTINEAU, interne des hôpitaux.

MILLARD, médecin des hôpitaux.

MOREAU (Alexis), ex chef de clinique de la Faculté.

PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

PAUL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

POUMET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

PROUST, chef de clinique de la Faculté

SIMON, (Edm), chirurgien des hôpitaux.

TRÉLAT, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

VOISIN, chef de clinique de la Faculté.

Adjoints.

BAILLY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

BASTIEN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

BIDARD, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

BLACHEZ, chef de clinique de la Faculté.

BOUCHARD, interne des hôpitaux.

CAMPANA, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

CHALVET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

CHARPENTIER, interne des hôpitaux.

CHEDEVERGNE, interne des hôpitaux.

CORNIL, interne des hôpitaux.

CRUVEILHIER (Edouard), aide d'anatomie.

DAMASCHINO, interne des hôpitaux.

DANJOY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

DECORI, interne des hôpitaux.

D'HEILLY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

- DOLBEAU, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
DUBRUELL, aide d'anatomie de la Faculté.
DUBUC, interne des hôpitaux.
DUCHAUSSOY, agrégé à la Faculté.
DUGUET, interne des hôpitaux.
DUMONT-PAILLIER, chef de clinique à la Faculté.
DUPLAY, aide d'anatomie de la Faculté.
FERRAND, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FISCHER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FORGET (Eugène), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FOURNIER, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.
FRITZ, interne des hôpitaux.
GILLETTE, aide-d'anatomie à la Faculté
GODGUENHEIM, interne des hôpitaux.
GOURAUD, interne des hôpitaux.
CUENIOT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
HALLÉ, D. M. P.
HARMAN, interne des hôpitaux.
HAYEM, interne des hôpitaux.
HENROT, interne des hôpitaux,
ISAMBERT, ex-chef de clinique à la Faculté.
JARJAVAY, professeur à la Faculté.
LABBÉ (Edouard), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LABBÉ (Léon), agrégé à la Faculté.
LABÉDA, interne des hôpitaux,
LABORDE, interne des hôpitaux.
LACROUZILLE, interne des hôpitaux.
LAMARE, interne des hôpitaux.
LADREIT DE LA CHARRIÈRE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LANCEREAUX, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LEDENTU, aide-d'anatomie à la Faculté.
LE FORT, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté.
LEGROUX, interne des hôpitaux.
LEVEN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

VIII**LISTE DES MEMBRES**

LEVI, interne des hôpitaux.

LUYS, médecin des hôpitaux.

MAREY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

MÉUNIER (V.), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

MORICOURT, interne des hôpitaux.

OLLIVIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

PAINETVIN, interne des hôpitaux.

PAQUET, interne des hôpitaux.

PEAN, professeur des hôpitaux

PERRET, interne des hôpitaux.

PERRIER, aide-d'anatomie de la Faculté.

PERRIN, agrégé au Val-de-Grâce.

PIERRESON, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

PILLON, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

POTAIN, médecin de l'hospice des Ménages, agrégé à la Faculté.

RANVIER, interne des hôpitaux.

RAYNAUD, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

SCHLOSS, D. M. P.

SIREDEY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

SPIESS, interne des hôpitaux.

TARNIER, agrégé à la Faculté.

TILLAUX, chirurgien des hôpitaux,

Honoraires.

Archambault.

Axenfeld.

Barbier-Dubocage.

Barthez.

Bauchet

Beau.

Béhier.

Bergeron.

Bintot.

Blin.

Blondeau.

Blot.

Bodinier.

Boinet.

Bonnet.	Goupil.
Bourdon.	Grisolle.
Boulland.	Gueneau de Mussy (Noel).
Bouteiller.	Guérard.
Brierre de Boismont.	Hardy.
Bucquoy.	Hérard.
Caron.	Hersent.
Castelnau.	Hillairet.
Caudmont.	Houel.
Cazalis.	Houzelot.
Charrier.	Huguier.
Chassaignac.	Hutin.
Cloquet.	Hyrthl.
Collard de Martigny.	Jobert (de Lamballe).
Contour.	Jolly.
Costilhes.	Lacombe.
Courtin.	Lacour.
Debrou.	Lacroix.
Décès.	Lambron.
Defrance.	Landouzy.
Demarquay.	Larrey.
Demeaux.	Laurence.
Denonvilliers.	Lebert.
Denucé.	Lebert (Zürich).
Déville.	Lefebvre.
Diday.	Lejeune.
Dumoutier.	Lenepveu.
Durand-Fardel.	Lelenneur.
Fabre.	Leudet.
Fiaux.	Livois.
Figuières.	Lunier.
Fischer.	Macquet.
Fleury.	Maisonnette.
Foerg.	Malgaigne.
Foucher.	Manec.
Foville.	Marcé.
Gallard.	Marrotte.
Geletz.	Martin-Saint-Ange.
Géry.	Maurocordato.
Giraldès.	Mazet.
Gosselin.	Mercier.
Goubeaux.	Michon.

X**LISTE DES MEMBRES.**

Monod.
Montault.
Moutard-Martin.
Nivet.
Notta.
Pailloux.
Perrochaud.
Philouze.
Pigeaux.
Pinault.
Piogey.
Prestat.
Rendu.
Rey.
Richard (Xavier).
Rigaud.
Robin.
Roger.

Rokitan-ky.
Rombeau.
Rullier.
Sédillot.
Skoda.
Sonnié-Moret.
Spittal.
Tardieu.
Tavignot.
Thibault.
Thompson,
Vanzesti.
Verneuil.
Vidal.
Vigla.
Villermé.
Virchow.
Wellemborg,

Correspondants.

Aboth.
Agneli.
Alby.
Altham.
Ambrosoli.
André.
Arnoult.
Astros (d').
Aubanel.
Aubrée.
Aubry.
Baillarger.
Bailly.
Ball.
Balme-Dugarray.

Balocchi.
Baraduc.
Barbrau.
Bardinet.
Barnier.
Barré.
Barrier.
Bartholi.
Bastien.
Beaugrand.
Béchet.
Belin.
Belmas.
Belot.
Béraud.

Bercieux.	Buendia.
Bergeron.	Buisson.
Bernard.	Cadet de Gassicourt.
Bernard.	Caffe.
Bernutz.	Cavasse.
Beroud.	Cahen.
Bertherand.	Calle.
Bertholle.	Camberton.
Berton.	Campbell.
Bertrand.	Canton.
Bidault.	Canuet.
Bignon.	Cartier.
Bigot.	Cazaubielh.
Binet.	Chambert.
Blanche.	Chapelle.
Blanchet.	Chapsal.
Bodard.	Charcelay.
Bœhin.	Charcot.
Bogros.	Charles.
Bonnefous.	Charnal.
Bonnet.	Chassin.
Bordet.	Chavignez.
Bosc.	Choisy.
Boscredon.	Cœurderoy.
Botrel.	Coffin.
Bottu-Desmortiers.	Colin.
Bouchacourt.	Collin.
Boucher.	Colombat (de l'Isère).
Bouchet.	Combessis.
Bouchut.	Combette.
Boudrie.	Comin.
Boullay.	Cordier.
Bourcy.	Corvisart.
Boureau.	Coulon.
Bourgougnon.	Couturier.
Boursier.	Cusco.
Boussy.	Da Costa.
Boyer.	Dagincourt.
Braive.	Daubeuf.
Breslau.	Debeauvais.
Bresmard.	Decoux.
Brun	Degaille.

Deguisse.
Dehanne.
Delaruelle.
Delastre.
Delestre.
Dellerm.
Delmas.
Delonjon.
Delort.
Delpech.
Demoney.
Depaul.
Dépéret-Maret.
Depuisaye.
Desétangs.
Desnos.
Desormeaux.
Desruelles.
Destouches.
Devouges.
D'Heurle.
Didion.
Dimey.
Dionis.
Donué.
D'Ornellas.
Doyen.
Dubois (Emile).
Dubois (Jules).
Dubourg.
Dubreuil.
Duchapt.
Duchassaing.
Duclos (de Tours).
Duclos (de Mehu).
Duclos (de Rouen).
Ducluzeau.
Ducros.
Dufour.
Duhamel.
Duménil.
Dumoulin.

Dupertuis.
Duprés.
Duprès-Latour.
Durand.
Dutard.
Dutroulau.
Empis.
Espagne.
Estevenet.
Faget.
Fano.
Faton.
Fauvel.
Favrot.
Fenerly.
Ferra.
Ferriani.
Fink.
Firmin.
Flandin.
Fleurot.
Fleury.
Fleury (de Clermont).
Flurin.
Follin.
Follix.
Forcade.
Forget (A.).
Fournet.
Foville.
Fremy.
Froment.
Gachet.
Gaillard.
Gailliet.
Gallerand.
Garriel.
Garnier.
Gaube.
Gauchet.
Gaujot.
Gaussail.

Gellé.
Gendron.
Gibert.
Girard.
Giraud.
Godefroy.
Gontier.
Gonzales Eccheveria.
Gougeon.
Gratiolet.
Graü.
Grenier.
Greslois.
Gros-Lambert.
Gros (de Paris).
Gros (d'Alger).
Gruby.
Gubler.
Gueneau de Mussy (Henri).
Gueretin.
Guerhard.
Guérineau.
Guerlain.
Guibout.
Guiet.
Guignard.
Guitton.
Guyon.
Hache.
Hannois.
Hélie.
Helot.
Henry.
Hermelin.
Herpin.
Hervé.
Heulard d'Arcy.
Huetto.
Imlin.
Issartier.
Jacquemier,
James.

Johnston.
Juleau.
Keane.
Kolliker.
Krauss.
Laborie.
Laboulbène.
Labric.
Lacanal.
Lacaze-Duthiers.
Lacombe (de Périgueux)
Lacombe (Vendée).
Lacour.
Lafargue.
Lafaurie.
Laffiley.
Lafont.
Lagout.
Lailler.
Lallement.
Lamaestre.
Lambert.
Landry.
Langenbeck.
Lapre.
Larget-Piet.
Laroche.
Lasserre.
Laurent.
Lavocat.
Lebled.
Lebred.
Lediberder.
Ledru.
Lefèvre.
Leflaive.
Legendre.
Legendre.
Legentil.
Leyrand.
Leguey.
Lejeune.

Lejuge.	Moissenet.
Lemaistre.	Mollay.
Lepelletier.	Monassot.
Lépine.	Monnot.
Leriche.	Morat.
Leroux.	Mordret.
Leroy (d'Étiolles.	Moreau-Boutard.
Leroy (de Caen)	Moreau.
Lesouef.	Morel.
Levieux.	Mouret.
Liégeois	Mouten.
Logerais.	Moynier.
Longet.	Moysant.
Lorain.	Murelle.
Loreau.	Musset.
Lorraine	Narbonne.
Luton.	Naudot.
Maigue.	Négrié.
Maingault.	Nélaton.
Malat.	Nélaton (E).
Malherbe.	Neucourt.
Mandl.	Nidard.
Marchal (de Calvi).	Nivert.
Marchessaux.	Noka.
Mariny.	Novaez.
Marjolin.	Olliffe.
Marquis.	Orillard.
Martin.	Ossipowski.
Martinez del Rio	Oulmont.
Martins.	Padieu.
Mascarel.	Panas.
Masselot.	Parise.
Matice.	Parisse.
Maunoury.	Pasquet.
Maurice.	Pasquier.
Mavré.	Passaut.
May.	Patel.
Mesnet.	Patouillet.
Meunier (V.).	Pavy.
Mignon.	Pegot.
Mignot.	Pénard.
Mirault.	Perdrigeon.

Peste.	Ripoll.
Petel.	Roberty.
Peyrot.	Roché.
Philouze.	Rochoux.
Piberet.	Rocques.
Picard.	Pollet.
Pereira.	Rouget.
Perez Gonzalez.	Roulland.
Perret.	Roussel.
Perusset.	Routier.
Piegu.	Rufz.
Pierre.	Sacchamani.
Pihan-Dufeillay.	Sainet
Pinault.	Saint-Yves.
Plainchault.	Salmon.
Poiseuille.	Sarreau.
Poisson.	Saucerotte.
Pommeau.	Sauné.
Pons.	Saussier.
Potier.	Schultz.
Pourrat.	Second-Féréol.
Pressat.	Sée.
Prost.	Séguin.
Pruneau.	Selle-Menderet.
Puydebat.	Serre.
Quatrevaux.	Simonin.
Quesne.	Souty.
Quevauvilliers (de).	Stanski.
Racle (Vict.).	Stevenson.
Raimbert.	Stræklin.
Raymond.	Surmey.
Raynaud.	Tajasque.
Reclam.	Tassel.
Reignier.	Taupin.
Reilhac.	Témoin.
Renaud.	Tenain.
Ribes.	Thibierge.
Ricard.	Thivet.
Richard-Maisonneuve.	Thomas.
Richet.	Thor.
Ricord.	Thureau.
Rieux.	Tirman.

Titon.	Vidal (de Poitiers).
Tonnelier.	Viger de Varennes.
Tonnet.	Villebon (de).
Tricon.	Vinson.
Tronchon.	Vitalis.
Turner.	Voillemier.
Typaldos-Pretenderis.	Wannebroucq.
Vannier.	Warenghem.
Vast.	Weiss.
Vauthier.	Wickam.
Vernois.	Wieland.
Viallet.	Willemin.
Viard.	Zambaco.
Vicherat.	

BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

XXXIX^{me} ANNÉE—JANVIER 1864.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Perforation spontanée du cœur. — 2. Fracture compliquée du fémur. — 3. Tumeur du cou. — 4. Placenta unique dans une grossesse gémellaire. — 5. Tuberculisation aiguë de l'enfance. — 6. Concrétions rénales. — 7. Cancer du fémur. — 8. Ulcération de la vessie. — 9. Tumeur du sein. — 10. Tumeur fibro-plastique du péritoine. — 11. Ulcère de l'estomac. — 12. Tumeur de l'arachnoïde.

OBSERVATIONS : — Anévrysme de l'aorte; emploi de la glace; guérison. — Phthisie; mort; autopsie, par M. Bourneville, interne des hôpitaux.

Tumeur fibro-plastique, ossifiée par places, de la cuisse gauche. — Noyaux fibro-plastiques secondaires et très-nombreux des deux poumons; mort; autopsie par L. Fontan, interne des hôpitaux.

Rapport de M. Dubrueil sur une invagination intestinale produite par un polype de l'intestin grêle, présenté par M. Fernet, interne des hôpitaux.

39^e année, 1864, 2^e série, T. IX.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. Larcher montre une *perforation spontanée du ventricule gauche* du cœur avec dégénérescence graisseuse de cet organe survenue chez un homme de soixante-quinze ans.

Dans cette pièce, le péricarde, fortement distendu, contenait deux cent trente grammes de sang en caillots et vingt grammes de sang liquide. Le cœur est d'un volume ordinaire; il est recouvert de graisse, d'une manière presque complète, et présente à sa face antérieure deux ecchymoses : l'une d'elles, offre à son centre une ouverture linéaire, longue d'un centimètre, irrégulière, et dont les lèvres déchiquetées s'écartent assez facilement; l'autre longue de deux centimètres, située un peu plus bas et à droite de la précédente, fait à la surface du cœur une saillie très-légère.

Il semblait au premier abord qu'il y avait perforation du ventricule droit, mais, en introduisant un stylet par l'ouverture extérieure, on pénétrait dans le ventricule gauche, et une incision pratiquée dans un point opposé à la rupture, fit apercevoir, entre les colonnes charnues, le stylet qui avait pénétré de dehors en dedans. Ce fait confirme la justesse de l'observation que M. Cruveilhier a déjà faite depuis longtemps, à savoir que, dans les cas de ruptures spontanées survenues dans des circonstances analogues, les deux orifices ne se correspondent pas directement; il y a en quelque sorte un trajet fistuleux. Ce trajet, ici peu étendu, était, d'ailleurs, rempli par de petits caillots.

Le tissu de l'organe offre une certaine laxité, à peu près uniforme; il est surtout recouvert d'une abondante couche de graisse, et ne paraît friable qu'en deux points : au niveau de la perforation, d'abord; puis, au niveau de la seconde tache ecchymotique existant à la surface externe de l'organe. La présence de cette seconde tache, la disposition du tissu du cœur à son niveau, indiquent suffisamment la marche graduelle qu'a suivie la perforation avant de se produire; et, de son

côté, la disposition même de la partie perforée rend compte de la manière lente et graduelle dont les accidents ultimes se sont manifestés sur le vivant.

Enfin, à la face interne de l'aorte, on voit des saillies produites par des ossifications; en même temps une plaque de même nature développée dans l'épaisseur du vaisseau, le tout siégeant sur la paroi inférieure, immédiatement au-dessous et à gauche de la naissance de la sous-clavière gauche. Au niveau de ces ossifications, le calibre de l'artère était obstrué en partie par un caillot adhérent par trois petits pédoncules et offrant un prolongement qui paraît s'y être adjoint après la mort.

« La rupture spontanée du cœur, a dit M. Cruveilhier, est « une maladie de la vieillesse. Elle occupe presque toujours le « ventricule gauche, bien que l'orifice extérieur de la rupture « corresponde quelquefois à la cloison et paraisse même par- « fois empiéter un peu sur le ventricule droit. Enfin, les cœurs « non hypertrophiés n'en sont pas exempts. »

Ici encore, on voit facilement que la perforation est complète comme dans tous les cas du même ordre, mais que son obliquité, sa disposition légèrement sinueuse, son étroitesse du côté du cœur, sa situation entre les colonnes charnues au fond d'un tissu aréolaire, pourraient induire en erreur et faire croire, au premier abord, à l'existence d'une perforation incomplète.

« La mort subite dans la rupture spontanée du cœur ne tient « nullement, » a-t-on dit « à l'hémorrhagie qui n'est jamais « bien considérable, car elle ne dépasse guère 12 à 16 onces ; « la mort est la conséquence nécessaire de l'impossibilité où « se trouve le cœur de se dilater, vu l'inextensibilité du péri- « carde, lorsque l'intervalle qui existe naturellement entre la « surface interne de cette séreuse et la surface externe du « cœur a été rempli de sang. » Or, cette pièce confirme, une fois de plus, l'exactitude de ce qui précède, puisque la quantité de sang s'élevait à 250 grammes seulement; puisque le cœur était complètement vide, et le sang veineux refoulé de proche en proche jusqu'aux extrémités œdématisées.

Enfin, la disposition de la partie perforée et la succession graduelle des accidents de dyspnée, terminés par une syncope,

tendraient à faire rapprocher ce fait de celui que M. Bouillaud, dans son livre, emprunte à M. Fleury. On sait, en effet, que dans cette observation, le sujet avait près de quatre-vingts ans; que les parties perforées avaient à peu près les mêmes dispositions que celles qu'on observe dans cette pièce; qu'enfin, une oppression graduellement croissante, puis la mort dans une syncope, furent observées dans les deux cas. Or, il semble, contrairement à l'opinion de M. Bouillaud, que, dans les deux cas, on pourrait accepter l'interprétation des faits, telle que l'a proposée M. Fleury; à savoir que l'épanchement dans le péricarde se serait fait graduellement, et que le vieillard n'aurait succombé que lorsque le ventricule, par la pression constante et progressive qu'il éprouvait de la part du sang épanché, n'en pouvait plus lui-même admettre de nouveau dans sa cavité (1).

2. M. Bordier présente une fracture compliquée du fémur, et donne les détails suivants :

La nommée Pernant, âgée de trente-quatre ans, est apportée à l'hôpital Lariboisière le 14 mars. Cette femme rentrant chez elle, mercredi 13 janvier, à onze heures du soir, est tombée dans l'escalier d'une cave dont elle ne voyait pas l'entrée. D'après son récit, la chute aurait eu lieu sur le genou droit.

Etat actuel. Immédiatement conduite à l'hôpital, elle présente les signes suivants :

La cuisse droite offre un raccourcissement notable; le pied est dans la rotation en dehors; l'articulation du genou est gonflée et douloureuse; une plaie transversale de trois centimètres existe à la peau, un peu en dehors et immédiatement au dessus du bord supérieur de la rotule. Cette plaie donne issue à un fragment osseux dirigé en avant et long d'environ trois centimètres; la circulation semble totalement interrompue dans la jambe correspondante. On fut obligé, pour obtenir la réduction, de couper une bride musculaire formée par le vaste externe et sous-jacente à ce fragment.

(1) Voir pour de plus amples détails l'*Union médicale*, avril 1864.

Le membre fut placé dans une gouttière.

Le lendemain, en introduisant le doigt dans la plaie, on sentait le fragment réduit.

15 janvier. Ce matin, l'amputation fut pratiquée par M. Chas-saignac, et voici ce que donnait l'examen de la pièce.

A l'ouverture des téguments, la couche sous-cutanée est considérablement infiltrée de sang; les muscles sont rompus et dilacérés tout autour du foyer de la fracture, les ligaments de l'articulation détruits.

Région antérieure. De ce côté, le muscle droit antérieur présente une large ouverture correspondante à celle de la peau, et siégeant tout près de l'insertion du tendon du droit antérieur à la rotule. Il est facile de faire sortir par cet orifice le fragment supérieur du fémur.

Région postérieure. Du côté interne, les muscles droit interne et demi-membraneux, du côté externe le biceps, fortement écartés de la ligne médiane, donnent passage à deux saillies osseuses à arêtes vives, formées par le bout supérieur des fragments inférieurs. Sur la saillie externe passe tendue, à la façon d'une corde sur son chevalet, l'artère poplitée : sans doute là était la cause de la gêne de la circulation. Entre les deux fragments inférieurs passait le nerf sciatique poplité interne.

Quant aux fragments inférieurs eux-mêmes, ils sont formés par les deux condyles séparés l'un de l'autre par une section verticale, passant à peu près par le milieu de l'extrémité inférieure de l'os, et séparés du corps même du fémur, par une ligne taillée en biseau de haut en bas et d'arrière en avant.

La face postérieure des deux condyles regarde directement en bas, formant avec la jambe un angle à peu près droit, et cette inclinaison augmente encore quand on tire sur les jumeaux; Pour force antérieure regarde en haut, et pour le condyle externe seul, se trouve en rapport avec le biseau correspondant du fragment supérieur.

Quant à ce dernier, totalement indépendant des parties voisines, une grande partie des insertions musculaires étant rompue, il est taillé en biseau, à l'inverse des deux condyles, aux dépens de sa face postérieure. C'est ainsi que, chevauchant sur le condyle externe, il sortait par la plaie.

M. Chassaignac fait remarquer la position des condyles du fémur complètement disjoints.

L'un se trouve en arrière dans le creux poplité, et présente le renversement en arrière indiqué par Boyer et nié par M. Maligne. Mais cependant il ne croit pas qu'il faille conclure de ce fait, à cause de la séparation complète des deux condyles.

M. Simon demande si la séparation verticale des deux condyles ne peut pas s'expliquer par la pénétration du fragment supérieur du fémur dans le fragment inférieur.

M. Chassaignac répond que cette explication est très probable, car la fracture s'est produite dans une chute verticale.

3. M. Gouguenheim montre deux pièces

A. Une tumeur de la partie antérieure du cou, probablement de nature cancéreuse, qui a causé l'asphyxie de la malade qui en était atteinte. Cette tumeur occupait surtout le côté droit ; aussi, les organes du cou, larynx, trachée, œsophage, étaient déviés à gauche ; les vaisseaux et les nerfs du côté gauche suivent la même direction. Le corps thyroïde, très atrophié, se trouve en dehors et à droite de la tumeur, divisée en deux lobes comme à l'état normal ; le lobe gauche est aplati, le droit converti en un kyste. En certains points se trouvent des ganglions qui sont accolés à la tumeur sans lui adhérer intimement ; à gauche, la tumeur formait une sorte de gaine aux vaisseaux du cou, qui n'étaient cependant nullement comprimés, ainsi que les nerfs.

La tumeur s'étend sous la clavicule, plonge dans la cavité thoracique, et a même contracté une adhérence avec le sommet du poumon droit. La forme est globuleuse, la surface est mamelonnée, et ses dimensions sont de huit centimètres de diamètre dans toutes les dimensions. A la coupe, on voit un tissu de couleur blanc grisâtre, entremêlé d'une grande abondance de tissu graisseux ; à la pression, il ne s'écoule aucun suc.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré que c'était une tumeur fibro-plastique.

M. *Chassaignac* demande si la malade avait présenté des phénomènes de compression nerveuse; car il a remarqué que chez les tumeurs ganglionnaires, celles de nature cancéreuse s'accompagnent toujours de paralysie ou d'un autre trouble nerveux, tandis que ce symptôme ne se rencontre jamais dans les tumeurs d'une autre nature, et ce serait, d'après lui, un signe différentiel certain.

M. *Cornil*. La remarque de M. Chassaignac est très juste et se trouve confirmée par l'anatomie pathologique. Les tumeurs ganglionnaires dues à l'hypertrophie simple n'altèrent jamais le système nerveux, tandis que les tumeurs cancéreuses se propagent très bien aux nerfs. En examinant plusieurs cancers utérins, j'ai trouvé les nerfs sciatiques et cruraux altérés; sur leur trajet il existait des névromes cancéreux et les tubes nerveux étaient transformés en granulations graisseuses.

4. B. Un *Placenta unique* commun à deux fœtus. Les deux jumeaux étaient contenus dans une même poche amniotique qui offrait de telles dimensions que l'on avait posé la question de savoir si la grossesse ne s'était pas compliquée d'ascite.

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. FLURIN SUR LA PRÉSENTATION
PRÉCÉDENTE.

Le fait de M. Gouguenheim est intéressant d'abord au point de vue des symptômes qu'a présentés la malade et qui rendaient le diagnostic très difficile. Puis la structure du placenta offre un certain intérêt.

Voici en quelques lignes l'histoire de la malade :

Lucile C..., entre à l'hôpital Beaujon, le 11 janvier 1864, dans le service de M. le Dr Gubler. Cette femme a toujours joui d'une excellente santé, et mariée depuis neuf ans, elle a déjà eu cinq enfants, sans grossesse gémellaire. Il y a cinq

mois elle a cessé de voir ses règles et éprouvé les signes habituels d'une grossesse au début. Vers le 20 décembre dernier, elle remarque que son ventre avait sensiblement augmenté de volume dans l'espace de quelques jours, ce qui coïncidait avec un sentiment marqué de pesanteur dans le petit bassin. Cette augmentation de volume continua graduellement jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, où elle se présenta pour s'y faire *traiter d'une hydropisie*.

En l'interrogeant, nous ne découvrons pas trace d'antécédents syphilitiques. Elle nous apprend que depuis le grossissement anormal de son ventre, elle a perdu l'appétit, qu'elle a considérablement maigri, et qu'elle est tourmentée par une soif vive et continuelle. Nous constatons un volume énorme du ventre; la paroi abdominale est luisante, sillonnée de nombreuses veines dilatées. La respiration est surtout costale et paraît difficile. La palpation nous offre une surface tendue, ne se laissant nullement déprimer, et si on percute d'une main pendant que l'autre reste appliquée sur l'abdomen, on sent le flot du liquide sur tous les points de la paroi. Matité considérable dont le niveau supérieur remonte jusqu'au voisinage du sternum. Si on essaye de limiter cette matité en haut, on voit qu'elle décrit une ligne courbe en forme de croissant à concavité supérieure. La matité qui existe dans les deux hypocondres ne disparaît pas en faisant changer la position; si la malade se couche sur un côté, la matité ne disparaît pas sur le côté opposé. Pas de différence de son, au niveau de l'utérus. — L'ombilic ne présente pas la tumeur arrondie qui existe souvent dans les ascites. — Le stéthoscope appliqué sur le ventre ne laisse entendre aucun des bruits vasculaires de l'enfant; la mère elle-même n'a aucune sensation des mouvements du fœtus.

Le toucher vaginal permet de constater un col mou, assez largement ouvert pour laisser pénétrer la première phalange. M. Huguier, qui pratique le toucher, attire l'attention sur la couleur ardoisée de la muqueuse vaginale des parties génitales externes. Pour lui, la grossesse n'est pas mise en doute; mais est-ce une grossesse compliquée d'ascite ou une hydropisie amniotique?

Le 13, augmentation du volume du ventre ; respiration un peu plus pénible.

Le 14, M. Blot, qui voit la malade, n'ose se prononcer entre l'ascite et l'hydramnios. Il conclut que le seul traitement serait de provoquer l'avortement par la rupture des membranes.

Le 15, le col de l'utérus est entièrement ouvert ; le doigt arrive sur les membranes qu'il trouve peu tendues ; aussi l'existence du liquide dans la cavité utérine est-elle de nouveau mise en doute. — La malade a une dyspnée extrême, des douleurs continuelles dans la région lombaire.

Le 16, MM. Blot et Huguier se décident à rompre les membranes, se réservant de faire une ponction si l'avortement ne diminue pas assez le volume du ventre. Au moment où la malade fait un effort pour se soulever, un flot de liquide s'échappe de l'utérus et entraîne avec lui un fœtus vivant de cinq à six mois. La quantité du liquide n'a pu être déterminée, mais approximativement on peut l'évaluer à une dizaine de litres.

Au moment de pratiquer la délivrance, on sent une résistance assez notable, et la main introduite dans l'utérus y rencontre un autre produit qu'on retire avec le placenta. Celui-ci a un volume normal. Sa structure offre ceci de particulier que deux cordons en naissent, l'un au centre de la face fœtale, l'autre au point de la circonférence, ce qui constituerait le placenta dit en raquette.

L'amnios est unique et ne présente aucune cloison de séparation.

L'accouchée est restée à l'hôpital jusqu'au 1^{er} février ; la suite de ses couches n'a rien présenté d'anormal ; elle est sortie guérie.

Les points sur lesquels je désire insister, sont la difficulté du diagnostic et la structure de l'arrière-faix. Avant d'avoir les signes sensibles d'une grossesse fournis par le toucher, tout ne semblait-il pas indiquer une ascite liée soit à une cirrhose, soit à une compression ou obstruction de quelque gros vaisseau abdominal ? Une fois la grossesse constatée, ainsi que son âge, pourquoi n'y aurait-il pas eu une ascite, n'est-ce pas alors que commencent à se manifester ordinairement les

symptômes de l'ascite compliquant la grossesse. A la palpation on sentait une fluctuation manifeste ; dans l'hydramnios, un des meilleurs signes donnés par les auteurs, n'est-il pas l'obscurité de cette fluctuation, obscurité due à l'épaisseur des parois utérines.

La percussion, au lieu de faire croire à une hydropisie de l'amnios, nous donnait tous les symptômes classiques de l'ascite, de même pour la délimitation supérieure de la matité en forme de croissant à concavité supérieure ; dans la grossesse et dans les distensions utérines quelconques, cette ligne présente une courbe à concavité inférieure. Cette dernière forme de la matité trouve une explication dans le refoulement de la masse intestinale au niveau des hypocondres, d'où résonnance souvent exagérée. Dans le cas qui nous occupe, la matité de ces deux régions était due à la présence du liquide, les intestins étant refoulés en arrière. Ajoutons enfin que la diminution du son était égale partout, et qu'il n'y avait pas une matité plus considérable au niveau de l'utérus. Tous ces signes étaient les signes habituels de l'ascite. Il est vrai qu'il n'y avait ni tumeur ombilicale ni œdème des membres inférieurs. Mais l'un et l'autre de ces symptômes ne manquent-ils pas souvent dans l'hydropisie péritonéale. Il n'y avait donc que le toucher vaginal qui pouvait éclairer le diagnostic et les signes qu'il nous donna, tout en permettant de constater l'existence d'une grossesse, ne fournirent aucune certitude sur le siège du liquide. La grossesse n'était pas douteuse, on percevait jusqu'aux battements ; mais les membranes n'offraient pas cette distension qui devait être le caractère d'un vaste épanchement de la cavité amniotique. Aussi la difficulté de ce diagnostic différentiel doit-elle engager à une grande prudence dans le traitement. En pareil cas, l'avortement prématuré doit toujours être tenté avant de recourir à la ponction que peuvent nécessiter consécutivement l'extrême dyspnée et les menaces de suffocation, si le liquide n'a pas été évacué.

Dans les grossesses gémellaires, la règle la plus générale est de rencontrer un placenta pour chaque fœtus. Cependant il n'est pas très rare d'en rencontrer un seul pour les deux.

Lorsque le placenta est unique, il peut présenter une des trois variétés suivantes : ou bien réunion apparente des enveloppes de chaque fœtus et nutrition distincte pour chacun d'eux ; c'est le cas le plus ordinaire ; ou bien le placenta et le chorion sont uniques avec un amnios double ; quelquefois dans ce cas, il n'y a qu'un seul amnios avec une cloison de séparation ; ou bien enfin il n'y a qu'un amnios sans cloison de séparation. C'est le cas que M. Gouguenheim a mis sous nos yeux.

Dans les deux dernières variétés de placentas anormaux, la communication vasculaire est mise hors de doute. M. Blot a signalé deux faits analogues à celui de M. Gouguenheim, observés l'un à la Maternité, l'autre à la clinique. Une injection faite dans un des cordons, démontrait la communication vasculaire avec l'autre. Malheureusement M. Gouguenheim n'a pas fait cette expérience qui serait venue corroborer en les vérifiant les faits signalés par M. Blot.

5. M. *Lamare* communique à la Société les organes d'un enfant de trois mois qui a succombé à une *tuberculisation aiguë*.

Les poumons sont farcis de granulations milliaires.

On en trouve un grand nombre dans les organes suivants :

Rate, foie, reins et capsules surrénales.

6. M. *Perret* met sous les yeux de la Société les reins d'un enfant nouveau-né parsemés de *concrétions urinaires*.

L'enfant, du sexe masculin, est né à terme d'une mère primipare bien constituée, sans trace de maladies constitutionnelles.

La grossesse, le travail et l'accouchement n'ont rien offert d'anormal.

L'enfant est mort trois jours après sa naissance, présentant à l'autopsie un foyer hémorrhagique occupant le lobe antérieur

de l'hémisphère droit du cerveau ; les reins offrant à l'extérieur leur aspect normal : une coupe, qui les divise en deux parties égales, nous fait voir les tubes urinifères remplis d'une matière jaune, rougeâtre, ressemblant à de la brique pilée : cette matière est surtout abondante au niveau du sommet des pyramides, et, par une pression assez légère, on la fait sourdre en grande abondance.

Cette matière, examinée au microscope, paraît amorphe, et l'examen chimique nous la montre formée d'urate de soude. Si, en effet, on verse sur la préparation une goutte d'acide sulfurique, on voit se former presque immédiatement des cristaux d'acide urique, et le sulfate de soude se dissout dans l'eau de la préparation.

Les tubes urinifères paraissent distendus et même déformés, et présentent par places une véritable desquamation de l'épithélium.

L'urine, contenue dans les bassinets et dans la vessie, est trouble et contient également une assez grande quantité de la même matière.

M. Cornil. Les concrétions d'urate de soude sont normales chez le fœtus. Virchow a publié une statistique de laquelle il résulte que ces concrétions ont été trouvées dans un tiers des cas observés. Elles sont dues à l'incrustation des cellules épithéliales des tubuli par les sels d'urate de soude.

J. M. Painetvin mon're un *cancer de l'extrémité inférieure du fémur*, qui a déterminé une fracture spontanée de cet os et nécessité l'amputation de la cuisse.

Le malade, âgé de trente-huit ans, est entré à l'hôpital le 27 septembre 1863, salle Saint-Gabriel, n° 35, hôpital de la Pitié, service de M. Richet.

Depuis deux mois, il ressentait dans la cuisse gauche des douleurs lancinantes, intermittentes, qui ne l'ont jamais empêché de travailler, lorsque, le 27 septembre, il éprouva une

douleur beaucoup plus vive en marchant, et tomba sans pouvoir se relever.

Amené aussitôt à l'hôpital, on constate une fracture de l'extrémité inférieure du fémur; on applique un appareil de Scultet.

Cet appareil est levé au bout de trente-cinq jours; mais la consolidation n'étant pas faite, M. Richet fit mettre un bandage en stuc qui fut laissé quarante-cinq jours.

Pendant les douze derniers jours, le malade sentit son membre se gonfler, remplir le plâtre, en même temps qu'il sentait des élancements dans le genou et la cuisse.

Lorsque le bandage fut enlevé, c'est-à-dire vers le milieu de décembre, la consolidation paraissait faite; mais il existait à la partie inférieure du fémur une tumeur qu'on put regarder comme un cal volumineux.

Peu à peu, cette tumeur augmenta de volume, devint vasculaire; des battements s'y montrèrent, et la mobilité reparut entre les fragments.

En raison du commencement de consolidation qui avait été constaté, le diagnostic de M. Richet inclinait vers une tumeur à myéloplaxes.

Examen le 10 janvier 1864.

A la partie inférieure de la cuisse, est une tumeur remontant jusqu'à dix-huit centimètres au dessus du bord supérieur de la rotule; à ce niveau la circonférence du membre malade est de quarante-six centimètres, celle du membre sain n'est que de vingt-neuf centimètres.

La peau qui recouvre la tumeur est sillonnée de veines dilatées, mais elle n'est ni amincie, ni adhérente. On perçoit à la partie interne et à la partie externe les battements des artères articulaires très dilatées.

La rotule est soulevée, la face antérieure regarde en avant et en bas: ce soulèvement pourrait faire croire à un épanchement articulaire. Dans le creux poplité, la tumeur forme une masse considérable qui refoule en arrière et en dedans les vaisseaux et les comprime, d'où œdème de la jambe et du pied.

La tumeur est partagée par le droit antérieur en deux lobes: l'un interne, l'autre externe.

A la partie interne, on perçoit des battements isochrones à ceux du poulx; on entend aussi un bruit de souffle très prononcé.

Au niveau de la bosselure externe, les battements sont à peine sensibles; on n'y entend pas de bruit de souffle, ce qui indique que cette partie de la tumeur est bien moins vasculaire que l'autre. La bosselure interne présente une sensation de fluctuation; mais cette sensation ne se fait pas sentir d'une bosselure à l'autre.

Nulle part, à la périphérie, on ne sent le craquement parcheminé de lamelles osseuses repoussées par la tumeur, ce qui indique que depuis longtemps elle s'est développée en dehors de l'os, et qu'elle ne l'a pas refoulé.

Dans la famille du malade, personne n'est atteint d'affection cancéreuse, et lui-même n'en présente dans aucun autre organe.

Le 13 janvier 1864, l'amputation est faite; au moment de la section des vaisseaux, il s'écoule une grande quantité de sang qui provient surtout de la tumeur très vasculaire. En effet, une heure après l'amputation, la circonférence a diminué de deux centimètres.

Examen de la pièce anatomique.

La peau étant incisée en avant, on arrive sur les muscles qui sont établis à la surface de la tumeur; aucun d'eux n'est envahi par la dégénérescence. De petites veines contiennent une matière demi solide grisâtre.

En arrière, le nerf, la veine et l'artère poplitée sont repoussés par la tumeur et comprimés; la veine contient une substance identique à celle des petites veines de la région antérieure, et adhérente par des tractus filamenteux aux parois du vaisseau, qu'elle oblitère complètement depuis l'anneau du soléaire jusqu'à celui de l'adducteur. Cette substance paraît être un caillot fibrineux en voie d'organisation.

La tumeur n'a pas envahi l'articulation du genou; elle a refoulé le cul de sac supérieur de la synoviale, en soulevant la rotule, et s'est arrêtée au bord des cartilages des condyles, qui sont intacts.

Sa surface est mamelonnée, et, à la coupe, son aspect res-

semble à celui de la substance cérébrale, partagée en lobules de dimensions variables ; les lobules superficiels sont grisâtres, ceux du centre sont jaunâtres, un peu plus mous, et rappellent l'aspect du tubercule du testicule.

La tumeur ne contient pas de suc cancéreux ; elle est formée de corps fusiformes dont les noyaux sont très volumineux, de cellules embryo-plastiques à noyaux également volumineux, et de noyaux libres hypertrophiés. (Examen de M. Robin.)

La solution de continuité s'est faite immédiatement au dessus des condyles, dont il ne reste en quelque sorte que la coque, tout le tissu spongieux ayant été envahi par la dégénérescence. Les fragments occupent le centre de la tumeur qui, après la fracture, s'est développée en champignon à leur surface, au dessus du périoste, qui est épaissi et présente des concrétions osseuses.

L'altération remonte jusqu'à trois centimètres dans le canal médullaire. Au dessus, la moelle paraît saine.

Voir, pour de plus amples détails, les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 5 février 1864.)

S. M. *Ledentu* présente les organes génito-urinaires d'un homme de soixante-cinq ans qui avait depuis longtemps des difficultés dans la mixtion. Pris tout récemment de rétention d'urine, un médecin pratique le cathétérisme à la suite duquel se déclarèrent des accidents qui forcèrent le malade à entrer à l'hôpital.

Une sonde a été laissée à demeure pendant trois jours, et le malade a succombé à une péritonite.

On voit sur cette pièce :

Deux fausses routes dont l'une a plusieurs centimètres d'étendue,

Il n'y a pas de rétrécissement.

La prostate est notablement hypertrophiée. A la face postérieure de la vessie existe une vaste ulcération produite par la présence de la sonde qui n'est pourtant restée à demeure que trois jours.

2. M. Cornil fait voir une *tumeur du sein* et donne les détails suivants :

Une femme de quarante-cinq ans, habituellement très bien portante, sans antécédents héréditaires cancéreux, a vu se développer assez rapidement une tumeur à la région mammaire gauche. Cette femme qui était grasse a maigri progressivement depuis le début de sa tumeur qui remonte à dix-huit mois.

Le 27 janvier, jour de l'opération, elle est dans l'état suivant : amaigrissement assez prononcé, teint jaune paille, conjonctives un peu jaunâtres, abattement, sueurs abondantes pendant la nuit, dyspepsie, douleurs lancinantes dans le sein. La tumeur du sein gauche est sphéroïdale, saillante, du volume d'une tête de fœtus. Le mamelon, non rétracté, se trouve à peu près au milieu de la partie saillante. La tumeur est bosselée; les bosselures en sont arrondies, et quelques-unes présentent de la fluctuation. La peau n'a pas changé de couleur; elle adhère dans les parties bosselées où elle paraît amincie; mais dans le reste de la tumeur on peut la faire glisser sur les parties profondes. Les ganglions axillaires ne sont pas tuméfiés. Les veines sous-cutanées sont très développées.

La tumeur est enlevée le 27 janvier, par M. Decori.

Examen anatomique fait par M. Cornil. Sur une partie de la totalité de la tumeur, on lui reconnaît à l'œil nu deux portions, l'une centrale qui est la plus petite, possède une coloration brunâtre, et une consistance molle; l'autre périphérique et plus considérable, a une coloration grise demi-transparente, uniforme. Son tissu est assez ferme, élastique, ne s'affaisse pas. Le bout du doigt s'enfonce facilement et le déchire. En pressant, en raclant la surface avec un bistouri, on obtient un suc transparent, incolore, poisseux; nulle part ce liquide n'est laiteux ni blanchâtre.

En disséquant la peau, qui n'adhère pas intimement à la surface, on met à nu les bosselures fluctuantes signalées précédemment, et on voit qu'elles sont formées par de petits kystes muqueux de même apparence que la masse périphérique de la tumeur, kystes dont le volume varie entre un et cinq millimètres.

Par cette apparence à l'œil nu, la tumeur ressemble à ce qu'on a appelé cancer colloïde; mais on ne trouve pas, nous le répétons à dessein, de liquide cancéreux.

En regardant attentivement avec une loupe, la surface de section, on voit de petits grains transparents généralement arrondis, et on suit le passage de ces petites alvéoles à la formation des kystes; avec un grossissement de douze diamètres on arrive plus sûrement au même résultat. En faisant des coupes de ces parties et en les examinant avec des grossissements variables de 10 à 400 diamètres, on s'assure que la tumeur est constituée principalement par des acini glandulaires dont les plus petits mesurent 0, mill. 10 et dont les plus grands constituent des kystes visibles à l'œil nu. Ces acini possèdent une membrane isolable qui contient des capillaires; ils renferment dans leur intérieur une couche de cellules qui sont accolées à la paroi, cellules pavimenteuses, plus volumineuses que celles d'une glande saine, mais ayant conservé le même type. Elles mesurent 0,007-0,009, et leur noyau 0,006. Le liquide qui remplit les acini contient des cellules épithéliales gonflées et rondes. Dans leur arrangement réciproque ces acini glandulaires sont disposés en lobules dont la partie la plus volumineuse est périphérique. Le stroma de la tumeur entre les acini glandulaires est constitué par du tissu cellulaire dont les éléments très gros se rapprochent des cellules de tissu fibro-plastique.

La partie centrale est plus molle, et dans un stade de régression graisseuse. On y trouve, du reste, les mêmes éléments glandulaires.

Indépendamment des acini sphériques et distendus, se transformant en petits kystes, nous avons rencontré un petit nombre de tubes minces allongés et ramifiés possédant une enveloppe membraneuse ankyste et un contenu formé d'épithélium nucléaire semblable au précédent.

Ainsi en résumé, une tumeur qui, par sa marche, son développement rapide, son volume, le caractère des douleurs et l'état général du sujet se rapproche du cancer, à tel point qu'il aurait été difficile de ne pas diagnostiquer une tumeur mali-

gne pendant la vie, est uniquement constituée, à l'examen anatomique, par un tissu glandulaire.

M. Chassaingnac. Ce fait soulève plusieurs questions très intéressantes.

Dans mon opinion, la cachexie cancéreuse n'est point liée à l'évolution des productions morbides, ce n'est qu'un phénomène secondaire dû à l'absorption putride, toutes les fois qu'il existe des tumeurs ulcérées avec plaie de même nature.

En voici la preuve : Chez des malades atteints de tumeurs cancéreuses au-dessus des ressources de l'art, et présentant des signes de cachexie, j'ai fait des ablations partielles des parties malades, et dès que les plaies étaient modifiées par le fait de l'opération, dès que la putridité disparaissait, les signes de cachexie disparaissaient de même.

D'autre part, cette tumeur offre des adhérences intimes avec la peau, ce qui ne se rencontre pas habituellement dans l'adénome.

M. Laborde. Les tumeurs adénoïdes du sein ne récidivent pas habituellement ; cependant, je citerai un fait qui vient d'être publié récemment dans la *Gazette de Lyon*. Il s'agit d'une tumeur adénoïde qui a récidivé huit fois : mais il est à remarquer que les récidives ont toujours été en s'espaçant de plus en plus, et le volume des tumeurs opérées a toujours été en diminuant.

M. Guyon pense, d'après l'examen clinique de cette tumeur, qu'elle récidivera.

M. Simon. M. Velpeau possède plusieurs observations de récidives de tumeurs du sein formées par l'hypertrophie du tissu glandulaire. J'ai moi-même assisté à l'ablation d'une tumeur qui était récidivée. La pièce a été examinée par M. Ordoner, et voici ce qu'il a constaté.

Dans certains points, il y avait hypertrophie des lobules, avec conservation de la membrane enveloppante des tubes terminaux et des acini ; dans d'autres, il y avait disparition de cette membrane avec accumulation de noyaux hypertrophiés, conservant la forme des acini ; plus loin, les noyaux étaient

confondus, et, par leur volume hypertrophié, on pouvait les prendre pour des noyaux de cellules cancéreuses.

10. M. Liouville montre une énorme tumeur fibro-plastique du péritoine, coïncidant avec un ulcère fongueux de l'estomac.

Quoique cette tumeur occupât la région épigastrique, elle n'avait déterminé aucun accident pendant la vie de la malade.

Il n'y a eu de vomissements et d'ascite que dans les derniers jours qui ont précédé la mort.

Cette tumeur est adhérente à l'estomac; mais il n'y a pas de communication directe entre elle et l'ulcère de l'estomac.

Tous les autres organes étaient intacts, sauf un rein qui présentait une petite tumeur puriforme.

La veine-porte était oblitérée par un caillot organisé puriforme.

L'examen histologique a été fait par M. Vulpian, qui a reconnu tous les éléments du tissu fibro-plastique.

M. Paul fait remarquer qu'un des caractères saillants de ces tumeurs, c'est qu'elles peuvent se développer sans déterminer de phénomènes généraux.

M. Cornil. On pourrait croire que cette tumeur a son siège dans les ganglions: ce n'est pas là l'aspect du cancer du péritoine. Cette tumeur offre une coloration rouge qui lui donne beaucoup de ressemblance avec les tumeurs à myéloplaxes; du reste, il y a beaucoup d'affinité entre les tumeurs fibro-plastiques et les tumeurs à myéloplaxes.

M. Simon rappelle qu'il a présenté un cancer du péritoine, qui offrait la même coloration rougeâtre, et qui était cependant constituée par des éléments embryo-plastiques.

11. M. Liouville présente aussi l'estomac d'une femme de quatre-vingt-trois ans, présentant plusieurs ulcérations.

L'une occupe la grande courbure près du pylore; l'autre siège sur la valvule pylorique. Il en existait aussi à la partie supérieure du duodénum.

Ces ulcérations sont arrondies, peu profondes, et recouvertes par un pointillé noirâtre, formé par du pigment provenant de la matière colorante du sang. Cette malade n'avait pas pris de tartre stibié pendant la vie.

M. Raynaud. Je ne crois pas que ce soit du pigment qui recouvre la surface de ces ulcérations; le pigment est un produit très facile à reconnaître, et qui offre des caractères que je ne retrouve pas ici. Ce sont, dans ce cas, de simples extravasations sanguines, et j'ai observé des lésions tout à fait semblables dans l'ergotisme gangréneux, et chez les animaux qui avaient succombé à l'absorption de poisons narcotico-acres.

M. Cornil. Sous le nom de pigment, il ne faut pas comprendre que le pigment noir. Le pigment est formé de granulations fines, qui peuvent prendre les colorations rouge, jaune et noire, granulations provenant d'un travail de régression de la matière colorante, soit du sang, soit de la bile. Il faut au mot pigment accoler une épithète, et dire pigment sanguin, pigment biliaire.

La pigmentation de la muqueuse stomacale est assez fréquente, et se retrouve à la suite de toutes les gastrites chroniques.

M. Laborde. J'appellerai l'attention sur la pathogénie de ces lésions, qui me paraissent tenir à une altération des capillaires de l'estomac. Chez les vieillards, l'altération des capillaires se voit aussi bien dans tous les organes que dans le cerveau, et, suivant moi, il y a eu dans ce cas une rupture de capillaires, avec extravasation sanguine.

En examinant cette pièce au microscope, j'ai trouvé une altération manifeste des capillaires de la muqueuse stomacale caractérisée par la présence de dépôts athéromateux dans la tunique interne. De plus, je puis dire que la coloration des surfaces ulcérées est bien due à la matière colorante du sang, car en employant l'éther sulfurique, on voit se former de beaux cristaux d'hématoïdine.

Il s'est donc produit sous l'influence de la dégénérescence athéromateuse des capillaires, un ramollissement de la mu-

queuse gastrique, avec extravasation sanguine, de la même façon que se produisent les ramollissements de l'encéphale.

19. *M. Bouchard* fait voir une tumeur de l'arachnoïde cérébrale de la grosseur d'une noix, trouvée à l'autopsie d'une femme de soixante-dix-sept ans, morte de pneumonie.

Cette tumeur, adhérente à l'arachnoïde par des brides celluluses, déprimait le sommet de la partie médiane de l'hémisphère gauche, et cependant, pendant la vie de la malade, aucun symptôme ne s'était présenté qui eût pu faire croire à l'existence d'une tumeur cérébrale; comme consistance et aspect, cette tumeur rappelle tout à fait le tissu encéphaloïde.

Mais l'examen histologique a montré que ce n'était qu'une tumeur fibro-plastique, un véritable épithélioma de l'arachnoïde.

M. Cornil. Ces tumeurs sont assez fréquentes chez les vieillards. L'année dernière, pour mon compte, j'en ai observé une quinzaine parmi les autopsies que j'ai faites à la Salpêtrière.

Ces tumeurs n'ont aucun rapport avec le cancer; c'est ce que les Allemands ont décrit sous le nom de sarcome de la dure-mère.

ANÉVRYSME DE L'AORTE. — EMPLOI DE LA GLACE. — GUÉRISON. PHTHISIE; MORT. — AUTOPSIE. — Observation par M. BOURNEVILLE, externe des hôpitaux.

B... (Georges), âgé de cinquante-huit ans, est entré le 22 juin 1863, au numéro 28 de la salle Saint-Lazare (hôpital Saint-Antoine, service de M. Goupil). D'une bonne santé habituelle, B... n'avait jamais eu d'affection grave, lorsque, en 1848, à la suite d'abus de confiance commis à son égard, il fut réduit à un état voisin de la misère. Ses nuits devinrent agitées; de vives préoccupations, des idées de vengeance l'assaillirent. Il exerçait alors la profession de tanneur, travaillait souvent dans l'eau ou exposé à des courants d'air; il ne tous-

sait point, mais, parfois, se plaignait d'un peu de courbature, indisposition commune chez les gens de son métier.

En 1857, il aurait eu une névralgie sciatique, siégeant à gauche, dont il souffrit beaucoup, et qui dura trois mois. Depuis ses désastres de fortune, il était occupé à la journée dans une raffinerie. Il fut pris (février 1863) de douleurs vives étreignant la moitié gauche de la poitrine, exaspérées par la pression et revenant par crises. La respiration était très gênée, et le malade avait des accès d'étouffement suivis d'une expulsion abondante de gaz. Reçu à cette époque dans un des services de l'hôpital Saint-Antoine, où il fut traité pour sa névralgie, sans qu'on constatât aucun autre désordre, il en sortit non guéri en avril. Les mêmes symptômes persistant et s'aggravant même, il se décida à solliciter de nouveau son admission à l'hôpital.

L'examen, fait le 28 juin, démontre l'existence d'un point douloureux à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs des dernières côtes. Supposant à bon droit une névralgie intercostale, M. Goupil, en cherchant le point postérieur, découvrit une tumeur qui, jusque là, avait complètement échappé au patient.

Située à deux centimètres et demi des septième, huitième et neuvième apophyses épineuses, sur le trajet des côtes correspondantes, en dedans du bord interne de l'omoplate, mais un peu au-dessous de cet os, la tumeur ovoïde offre des bords nettement tranchés: elle est plus saillante dans sa moitié inférieure que dans sa supérieure; son grand axe, qui est horizontal, mesure onze centimètres, sa hauteur est de dix centimètres. La peau qui la recouvre est normale. Par une pression modérée, on sent un mouvement de soulèvement plutôt que d'expansion, partout également intense. Si on essaie de réduire la tumeur, on éprouve une très grande résistance, et la tentative demeure infructueuse. A l'auscultation, on entend des bruits forts, larges, isochrones aux pulsations artérielles, et un bruit de souffle double médiocrement intense.

Le diagnostic n'était pas douteux; il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte thoracique. Trouver la cause était plus difficile; le malade qui, comme nous l'avons dit, ignorait qu'il

eût une tumeur, ne se rappela avoir subi aucune contusion. Dans la raffinerie où il était employé, il était exposé à une température très élevée, et, quelquefois, buvait tout en sueur; mais ces circonstances n'ont pas une grande importance.

Invoker les privations ou les excès alcooliques, est impossible, car B... est sobre et n'a jamais souffert de la misère. Rien également du côté du cœur n'explique la formation d'un anévrisme; faudrait-il la rattacher à l'influence qui a engendré la sciatique? c'est ce que nous discuterons plus loin.

Julep avec teinture de digitale; application locale de la glace.

27 juin. — Les douleurs, bien qu'ayant un peu diminué, présentent les mêmes caractères. Dans la jambe gauche, quelques traces de névralgie, avec sensation de pincement.

Appétit passable, fonctions digestives régulières. Continuation de la glace.

3 juillet. — Une douleur, de même nature que les précédentes, vers la crête iliaque supérieure gauche, augmentant par le toucher, réveille parfois le malade au milieu de la nuit. Hier, céphalalgie violente. Rien au cou, les mouvements de l'épaule sont libres; il n'y a pas d'œdème du bras, ni de la partie gauche du thorax. La tumeur est toujours indolente, et semble moins volumineuse; pas de bruit de souffle. Même traitement.

26 août. — Suspendue depuis quinze jours à cause d'une bronchite, la glace est reprise aujourd'hui. Constipation durant quelquefois quatre à cinq jours.

3 septembre. — La névralgie intercostale persiste et se manifeste surtout dans les grandes inspirations, les mouvements et la toux. On ne constate aucune trace d'œdème, soit du cou; soit des membres.

La tumeur présente le même aspect, sa hauteur est égale à dix centimètres, sa largeur à 8 centimètres et demi; il y aurait donc une légère diminution dans ce dernier sens. Battements moins intenses; léger souffle au premier temps. Pouls fort, mais sans fréquence, ayant les mêmes caractères des deux côtés. Anxiété précordiale. Le malade a eu dernièrement

une sorte de lypothymie, avec sueurs, accès d'étouffement. Toux fatigante, expectoration bronchique.

Appétit médiocre, souvent envie de vomir, garde-robes quotidiennes. Sommeil mauvais.

26. — La bronchite qui s'invétère a fait remplacer pendant quelques jours la glace par une plaque de plomb qu'on a été obligé de supprimer pour revenir à l'ancien traitement. La tumeur n'offre aucun changement; les douleurs névralgiques ont nécessité, le 23, l'application d'un vésicatoire morphiné sur le point douloureux antérieur; soulagement médiocre. Glace, Jul. teint. digitale, 20 gouttes.

5 octobre. — Les dimensions de la portion extérieure de l'anévrysme sont les mêmes; ses bords sont facilement limitables; en dehors, on sent une saillie due probablement à la huitième côte, détruite par les progrès de la lésion. Au palper, on rencontre une résistance qui empêche la réduction, et une forte impulsion répondant à la diastole, des battements isochrones aux pulsations artérielles. Bruit de souffle douteux au premier temps.

Douleur due à la névralgie; conservant toujours le même siège; parfois exacerbations spontanées; déterminant de la dyspnée. La pression est très pénible en ce point. La bronchite ne s'améliore pas; suspension de la glace.

Pilules. Extrait thébaïque, 0 gr. 05; julep, teint. digit., 20 gouttes.

22. — Rien de notable relativement à la tumeur. L'état général, quoique un peu meilleur, laisse encore à désirer.

10 novembre. — Agitation, oppression la nuit dernière. Le malade reposait ordinairement sur le côté gauche; mais des douleurs apparues dans la moitié correspondante du thorax, outre celle du trajet de la huitième côte, ont forcé le patient à se lever. Toux fréquente; à l'auscultation, râles de bronchite à la base, affaiblissement et rudesse du bruit respiratoire vers les sommets, surtout à droite. Inappétence, pas de nausées; diarrhée depuis deux jours. Physionomie anxieuse, traits tirés, pas de céphalalgie. Traitement: *ut supra*, une portion.

14. — L'état général, bien qu'un peu plus satisfaisant

aujourd'hui, semble s'aggraver. Les forces faiblissent, l'amaigrissement est considérable, soit vive, anorexie, diarrhée abondante.

La respiration de plus en plus gênée s'accompagne d'une toux sèche, fatigante, quinteuse; ce qui par fois produit des nausées. Le murmure respiratoire est faible au sommet gauche, tandis qu'à droite il est soufflant.

Pouls fréquent; surtout le soir où il y a de la fièvre. Aucun trouble intellectuel. L'ouïe et la vision sont normales. Cependant un phénomène qui ne s'était pas encore présenté et n'est pas revenu depuis, s'est offert récemment au milieu de la nuit, B... a eu une hallucination : il voyait à côté de son lit un individu animé de mauvaises dispositions à son égard; il s'est levé, demandant à son voisin aide et protection contre ce malintentionné imaginaire.

Augmentation de la tumeur anévrysmale en dehors, où elle se répand d'une manière diffuse. Son diamètre transversal est de 13 centimètres. Aucune altération de la peau; les bruits artériels ne changent pas. Depuis quelques jours le malade dit y sentir des fourmillements.

Julep, acide prussique médicinal 10 gouttes, et *ut supra*.

29. Légère amélioration : assez d'appétit, pas de diarrhée. L'oppression est moindre; mais la toux est sèche, dilacérante. Douleur au creux épigastrique communiquant avec l'ancien foyer névralgique de la huitième côte et s'irradiant jusqu'au centre de l'anévrysme. Celui-ci continue de s'accroître vers son côté externe où les limites sont vagues.

Pouls assez fort, sans fréquence. Les veines du cou sont saines, mais celles des avant-bras sont volumineuses, très apparentes, ce qui tient sans doute à l'extrême maigreur du patient. L'acide prussique médicinal, qui avait été graduellement porté à 12 gouttes, a été suspendu le 26.

5 Décembre. — L'affection pulmonaire fait de rapides progrès; les fonctions digestives se font mal. Abondante expectoration bronchique, mêlée de crachats opaques, nummulaires. L'oppression, loin de diminuer, est plus intense.

Douleurs vagues, lancinantes, dans le mollet et la cuisse gauches; la pression est douloureuse à la face interne du genou,

sur le parcours de la saphène, où l'on trouve un cordon dur de 3 à 4 centimètres de longueur. Physionomie exprimant une vive souffrance, anxieuse, traits tirés; parole faible, entrecoupée.

16. L'affection tuberculeuse des poumons domine la scène morbide. Etat général très mauvais. Emaciation très prononcée. Les pulsations des artères radiales sont visibles dans une étendue d'un décimètre environ. Nulle trace d'œdème. Douleur persistante au niveau du rebord des fausses côtes; rien de particulier dans la tumeur. Fréquence très grande du pouls des deux côtés, intermittences à droite.

18. Mort hier, à six heures du soir.

19. *Autopsie faite quarante heures après la mort.* — Le cadavre présente un aspect de maigreur très prononcée.

Thorax. — Anciennes adhérences fibreuses des plèvres; elles sont allongées et assez faciles à rompre. A la partie supérieure du poumon droit on trouve une vaste caverne anfractueuse pouvant contenir une grosse orange. Les parois sont grisâtres, irrégulières et criblées de tubercules. Sa cavité est à peu près vide. Au-dessous et dans une épaisseur d'environ trois centimètres, le tissu pulmonaire est rempli de petites masses tuberculeuses grises ou jaunes, variables dans leur volume et leur degré d'évolution: les unes de la grosseur d'un grain de millet, les autres de celle d'un grain de chènevis; il y en a à l'état de crudité, d'autres à un état de ramollissement plus ou moins avancé. A la base de ce poumon, existe une congestion notable.

Le poumon gauche est également parsemé, dans sa moitié supérieure des tubercules, analogues par leur développement et leur coloration; mais il n'y pas de cavernes; hyperémie dans la moitié inférieure.

Cœur, pas d'hypertrophie notable. — Les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles, peut-être un peu épaissies, ne sont ni athéromateuses, ni calcaires. Pas d'insuffisance. Les orifices n'ont rien de pathologique. Les *cavités ventriculaires* contiennent chacune un petit caillot blanc fibrineux, se prolongeant l'un dans l'aorte, l'autre dans l'artère pulmonaire, mais à peu de distance. Un peu au-dessus des valvules sig-

moïdes les caillots, de blancs et résistants, deviennent noirs et mous, et se terminent bientôt par une extrémité effilée.

Artères. — Les artères pulmonaires sont vides, et tous les caillots que nous venons de mentionner à leur origine, ont leur aspect habituel. Mais il n'en est plus de même de l'aorte que l'on voit affectée dans toute son étendue aussi bien dans la portion abdominale que dans la portion thoracique.

En effet, si la position et la direction de l'aorte sont naturelles, sa configuration générale est modifiée; ses dimensions en largeur et en longueur sont plus considérables. De plus, on observe à la partie postéro-latérale gauche de la portion thoracique, au niveau des septième, huitième et neuvième côtes, une tumeur de forme ovoïde située moitié en dehors, moitié en dedans de la cage thoracique.

Le calibre du vaisseau est augmenté dans toute sa longueur, depuis sa sortie du cœur jusqu'à sa bifurcation. La dilatation en largeur porte principalement sur la partie supérieure de l'anévrysme et atteint son maximum au niveau de la crosse. Au-dessous de la tumeur, l'aorte est encore plus large que d'ordinaire, mais dans une proportion moindre.

Les sinuosités, décrites par cette artère, au-dessus des iliaques, primitives surtout, démontrent l'augmentation de longueur.

Du reste, les artères, celles qui émanent directement de l'aorte, en particulier, offrent une semblable exagération dans leur calibre. C'est en premier lieu le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche, puis la sous-clavière de ce côté, dans sa première portion seulement. Les artères viscérales sont dans le même cas. Les artères iliaques, à la fois dilatées et allongées, sont sinueuses. Les fémorales sont agrandies, les poplitées normales.

A sa surface externe, outre la grosse tumeur dont nous avons parlé et sur laquelle nous allons revenir, l'aorte en présente une de la dimension d'une amande; située au-dessous et légèrement en avant de la précédente, elle s'est développée entre la tunique externe et la moyenne. Elle est fluctuante, et son ouverture donne issue à un liquide puriforme.

Examinée à sa face interne, l'aorte apparaît envahie par la

dégénérescence graisseuse. Elle est couverte de plaques indurées à tous les degrés d'évolution, les unes *athéromateuses*, les autres plus nombreuses, sont *cartilagineuses* ou *calcaires*. Irrégulièrement arrondies, dépassant rarement en largeur 8 à 10 millimètres, elles sont rassemblées en plus grand nombre et à une période plus avancée, dans l'aorte abdominale.

Au niveau de la grosse tumeur on trouve, faisant saillie dans l'artère, sans en diminuer notablement le calibre, une sorte de gerbe ou mieux un faisceau de lames fibrineuses, d'un blanc grisâtre; cette gerbe, en pénétrant dans l'intérieur de l'artère, intercepte toute communication entre celle-ci et la cavité anévrysmale. On pourrait la comparer à un obturateur si ses adhérences ne lui enlevaient toute mobilité. Ces caillots fibrineux sont recouverts par une couche de même nature, ayant à peine un millimètre d'épaisseur, qui, après avoir tapissé la face interne de l'artère dans tout le pourtour de l'orifice de l'anévrysme, s'étend nécessairement à trois ou quatre centimètres. Ses bords sont inégaux, sa configuration irrégulière. Cette même pseudo-membrane fibrineuse, au point correspondant à la petite tumeur kystique déjà notée recouvre les deux tuniques internes de l'artère qui, n'étant pas perforées, séparent cette tumeur de la cavité artérielle.

Nous devons maintenant décrire l'*anévrysme*, lésion la plus intéressante de cette nécropsie. Sa forme extérieure et sa situation ont été indiquées, mais sa disposition intérieure mérite de nous arrêter un instant. En effet, tandis que sur la pièce pathologique, la partie extra-thoracique a l'aspect d'un segment d'ovoïde à grand axe dirigé *verticalement*, la portion intra-thoracique, semblable aussi à un segment d'ovoïde plus volumineux, a son grand axe *horizontal* et égal à 10 centimètres; sa surface interne ou convexe mesure onze centimètres. Son extrémité interne est très rapprochée des vertèbres et plus voisine de l'orifice de communication de l'anévrysme et du vaisseau que l'extrémité externe. Sa base se continue avec celle de la portion extra-thoracique et sept centimètres de largeur. Cette continuité ne s'est opérée qu'après destruction d'une partie des 8^e et 9^e côtes. La 8^e est détruite dans une

étendue de 6 centimètres environ, la tête du fragment interne est à 3 centimètres de l'apophyse épineuse correspondante; elle est hypertrophiée, spongieuse, présente en un mot, de même que l'autre fragment, tous les signes de la carie. Quant à la 9^e côte, elle est fracturée, mais il n'y a ni déplacement, ni usure suivant la longueur. Le bord supérieur seul est carié et anfractueux.

La portion extra-thoracique de la tumeur est appliquée en dedans sur les gouttières vertébrales, en dehors sur la face externe des 7^e, 8^e et 9^e côtes et leurs espaces intercortaux. Par sa base elle adhère à la première partie de l'anévrysme; par sa face externe, convexe, à grand diamètre, vertical, elle est en rapport avec les muscles des gouttières vertébrales et du dos étalés sous l'aspect d'une couche mince, la séparant de la peau.

Les parois du sac sont constituées : 1^o par la plèvre et le tissu cellulaire ambiant; 2^o par la tunique externe de l'aorte, épaissie, adhérant légèrement d'une part à la plèvre; de l'autre au premier caillot fibrineux. Les tuniques internes de l'aorte sont détruites et laissent voir un orifice circulaire, de 2 centimètres et demi de diamètre. Au niveau de cette ouverture de communication, les deux enveloppes de l'anévrysme offrent un rétrécissement en forme de collet.

La cavité de l'anévrysme est tout entière remplie par des caillots dont l'aspect est différent dans les deux portions. Dans l'extra-thoracique, ils sont d'un gris brunâtre, denses, fermes, disposés régulièrement par couches concentriques d'une épaisseur à peu près uniforme, égales à un demi-millimètre environ, semblables aux *caillots* dit *actifs*, et paraissent de date ancienne. Dans la portion intra-thoracique, on retrouve bien à la périphérie le même genre de caillots denses, feuilletés, mais au centre ils sont noirs; beaucoup ne sont plus disposés par couches concentriques et sont plus récents.

Etat des organes voisins. — Le *rachis*, la *moelle* sont sains.

La septième et la dixième *côtes* sont intactes; nous avons indiqué les lésions des huitième, neuvième et dixième côtes.

A gauche, la plèvre, ainsi que nous l'avons dit, adhère médiocrement à l'anévrysme. Elle n'est ni épaissie, ni altérée.

Rien sur le poumon gauche n'indique une empreinte due à la compression de la tumeur.

Les muscles intercostaux sont détruits au niveau de l'anévrysme; ceux qui recouvrent la portion externe, sans traces de dégénérescence sont réduits à une couche très mince. — La peau est intacte.

La *veine cave inférieure*, ses branches d'origine, la *veine azygos* n'offrent rien d'anormal. Il en est de même des viscères abdominaux (foie, rate, pancréas et reins).

Le *crâne* n'a pas été ouvert.

Réflexions. — I. — Au point de vue de l'*étiologie*, la seule cause qu'on peut invoquer est la diathèse goutteuse. L'altération athéromateuse, l'allongement, l'élargissement de l'aorte semblent, joints à l'existence d'une sciatique antérieure, plaider en faveur de cette influence.

II. — Relativement au *début*, un phénomène qui doit attirer l'attention, c'est la rapidité avec laquelle la tumeur a sailli à l'extérieur. En mars ou avril, lors de la sortie du malade du premier service où il séjourna, il n'y avait d'apparent que les douleurs névralgiques, et, à son entrée dans les salles de M. Goupil, il existait une bosse volumineuse.

III. — L'ensemble des *symptômes* observés diffère en certains points de celui qu'on trouve dans les auteurs: ni douleur locale, ni bruit de souffle bien net, etc. L'insomnie, l'anxiété, etc., étaient inhérentes à l'affection tuberculeuse; car on avait constaté de bonne heure, un bruit de souffle au sommet du poumon droit.

IV. — Le *diagnostic* de l'anévrysme, alors qu'il était visible au dehors, était facile. Mais avant cette progression extérieure il était entouré de grandes difficultés. Dans tous les cas, lorsqu'on verra s'invétérer une névralgie semblable à celle qui torturait notre malade, lorsqu'elle ne sera amendée, par aucun traitement rationnel, sans que rien dans le tempérament, n'explique cette chronicité, il sera prudent d'examiner avec soin le trajet du nerf affecté, de chercher s'il y a de la matité, des battements, etc.

V. — En raison même de son siège, de son éloignement de tout tronc veineux, on ne constata aucune trace d'œdème. La

seule *complication* était la névralgie intercostale, due à la destruction de la huitième côte, qui, laissant le nerf correspondant sans soutien, l'exposait à des tiraillements.

VI. — Y avait-il *guérison* ? devait-on craindre la production d'un nouvel anévrisme ? Aux deux questions nous répondrons affirmativement. Toute communication était abolie entre l'aorte et la tumeur anévrysmale devenue solide par le dépôt de caillots successifs ; la première assertion est donc prouvée.

Le développement entre les deux tuniques artérielles, un peu au-dessous de l'anévrisme, d'un petit kyste, la persistance de la dégénérescence athéromateuse de l'aorte (dans l'hypothèse où il faudrait lui rapporter la première tumeur) rendent également probable la seconde opinion.

VII. Est-ce à la glace qu'il faut attribuer la *cure* de l'anévrisme ou n'est-elle qu'un effet de la marche de la maladie ? L'existence, à l'entrée du patient, d'un bruit de souffle léger indiquant que le sang pénétrait alors dans le sac anévrysmal, sa disposition au bout d'un certain temps, nous semblent démontrer l'action de la glace. « Le froid, dit M. Follin, agit sur les parois du sac qui revient sur lui-même ; il augmente la contractilité de l'artère, et, le calibre de celle-ci diminuant, le jet sanguin qui la traverse est moins considérable. Le froid agit aussi sur le sang, dans lequel il produit des caillots passifs... (1). Si nous mettons en regard les mensurations de la tumeur faites à deux époques éloignées, nous voyons que la première donne : pour le diamètre transversal 11 centimètres, pour le diamètre vertical 10 centimètres, 2 ; et que la seconde fournit pour le premier 8 centimètres 5, pour le deuxième 10 centimètres ; ce qui démontre le retrait de l'anévrisme.

Un peu avant la mort, la tumeur progressant vers son extrémité externe, le diamètre transversal s'accrut de trois centimètres. A quoi attribuer ce phénomène ? A ce que, comme l'ont avancé quelques auteurs, la première couche de caillots étant peu adhérente aux parois de l'anévrisme, le sang s'infiltre entre elles et ces mêmes parois, et engendre un nouvel anévrisme enté, pour ainsi dire, sur l'ancien.

(1) *Traité élémentaire de Pathologie externe*, tome II, p. 324, 1863.

Dans le cas actuel, contrairement au passage précité de M. Follin, il s'est formé plusieurs couches de *caillots actifs*,

Un dernier point, sur lequel M. Goupil a attiré notre attention, est le soulagement très complet, par l'emploi de la glace, des douleurs intercostales.

VIII. — Remarquons, en ce qui concerne l'*anatomie pathologique*: 1° l'accroissement, aussi bien en largeur qu'en longueur, de l'aorte et des artères émergentes; 2° le développement au sein des parois artérielles, un peu au-dessous de la lésion principale, d'un petit kyste purulent; 3° le dépôt successif de caillots, actifs à la périphérie, passifs au centre de l'anévrysme; 4° l'occlusion de l'orifice par une gerbe fibrineuse, recouverte elle-même par une membrane de même nature, preuve presque certaine de la guérison.

Notons enfin l'état des parties voisines: destruction partielle de deux côtes, intégrité du rachis et des plèvres au niveau de la tumeur, etc.

TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE, OSSIFIÉE PAR PLACES, DE LA CUISSE GAUCHE. — NOYAUX FIBRO-PLASTIQUES, SECONDAIRES ET TRÈS NOMBREUX, DES DEUX POUMONS. — MORT. — AUTOPSIE. — Observation par M. L. FONTAN, interne des hôpitaux.

W..., distillateur, quarante-trois ans, entre le 4 décembre 1863, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. le docteur Cazalis.

Cet homme se plaint d'avoir de la toux et d'éprouver des étouffements. Nous constatâmes une matité complète, avec absence du bruit respiratoire dans le côté gauche de la poitrine; mais ces signes locaux d'un épanchement pleurétique, développés d'une manière insidieuse, n'étaient pas accompagnés des phénomènes généraux qui sont le cortège ordinaire des pleurésies. Peu de réaction fébrile; appétit à peu près conservé: seulement les digestions étaient difficiles. Il y avait une certaine déperdition des forces; et le malade, très pâle, fort anémié, était affecté d'une polysarcie très prononcée. L'é-

gère infiltration des jambes ; difficultés pour uriner ; pas d'albumine dans les urines.

De plus, il nous montre (mais en quelque sorte d'une manière accessoire) une tumeur énorme qui s'est développée lentement au-devant de la cuisse gauche, et dont le début remonte à dix-huit mois. Elle s'étend depuis le pli de l'aîne jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ; elle est indolente, mais gêne considérablement la marche par son poids. La masse qui, prise dans son ensemble, jouit d'une résistance élastique, offre des inégalités de consistance, lorsqu'on la palpe avec soin dans ses différentes parties. Elle est mobile dans tous les sens ; néanmoins la question de savoir si elle affecte ou non quelques points d'adhérence avec le fémur, reste douteuse. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale ; elle est tendue, lisse ; mais mobile sur la tumeur ; les veines superficielles sont dilatées et se dessinent à travers les téguments. Le malade avait déjà consulté plusieurs chirurgiens, MM. Velpeau, Richet et Jobert (de Lamballe) dans le service duquel il était entré pour se faire opérer ; mais, à la suite de ponctions exploratrices, l'opération a été rejetée par ces praticiens. Il se rappelle leur avoir entendu prononcer le mot enchondrôme. Ce diagnostic a été également accepté par M. Cazalis et par M. Demarquay, qui fut invité à venir examiner le malade.

Quoi qu'il en soit, la présence de cette tumeur porta M. Cazalis à penser qu'il y avait une corrélation intime entre elle et les phénomènes observés du côté de la poitrine, c'est-à-dire que l'épanchement pleurétique était survenu sans doute par suite d'une manifestation morbide de même nature dans l'appareil pulmonaire.

Le traitement qui fut institué eut pour base les préparations diurétiques ; vin blanc diurétique ; pilules avec nitrate de potasse et poudre de digitale ; eau de Bussang ; une portion. Malgré ces soins, aucune rémission ne se fit du côté des accidents thoraciques ni dans l'état général du malade : le niveau de l'épanchement pleurétique resta stationnaire. La dyspnée devint extrême ; le décubitus était impossible, l'expectoration difficile. En même temps, aucune amélioration dans les fonctions digestives ; garderobes rares. Douleur au creux épigas-

trique; ballonnement du ventre. L'affaiblissement général fit tous les jours de nouveaux progrès; la pâleur était très marquée; infiltration considérable des membres inférieurs. Enfin le malade mourut dans la soirée du 31 décembre, après douze heures de délire. L'autopsie est faite, le 2 janvier 1864.

Examen de la tumeur. Située au-devant de la moitié supérieure du fémur, elle est tout-à-fait indépendante de cet os. Elle présente la forme d'un ovoïde allongé de haut en bas, et dont la grosse extrémité regarde supérieurement. Sa longueur verticale est de 23 centimètres; son épaisseur égale 13 centimètres; sa circonférence, à la partie moyenne, est de 52 centimètres. Son poids est considérable.

On remarque qu'elle est entourée de tous côtés par une épaisse couche de graisse qui lui forme comme une première enveloppe. Au-dessous de cette atmosphère adipeuse, on arrive sur l'aponévrose fémorale et les muscles de cette région, dont les fibres, aplaties et refoulées par le développement de la tumeur sont venues se mouler sur elle pour lui constituer une seconde tunique. Ainsi, on rencontre : en avant, le droit antérieur qui s'élargit en éventail et s'amincit pour recouvrir une grande partie de sa surface; en arrière et supérieurement le pectiné et le psoas, plus bas le faisceau externe du vaste interne, qui la séparent du fémur. Elle est encore en rapports : en dehors, avec le vaste externe, qui s'épanouit sur ce côté; en dedans, avec le couturier dont le faisceau aplati a presque doublé de largeur, et au côté interne duquel on rencontre les vaisseaux fémoraux; et enfin, plus en dedans encore, avec le faisceau interne du vaste interne dont les fibres tendineuses, obliquement dirigées en bas et en dehors, semblent venir se confondre avec la tunique propre de la tumeur.

Au-dessous de cette enveloppe musculaire et aponévrotique dont le décollement s'opère avec facilité, on trouve la tumeur elle-même. Sa coque, de nature fibreuse, est lisse et comme séreuse à sa surface, résistante; sans être très épaisse, elle est doublée dans la plus grande partie de sa face interne par des lamelles osseuses, dont on peut sentir les inégalités, et qui forment, pour ainsi dire, la charpente ou le squelette de la

tumeur. Ces lamelles envoient quelques prolongements dans l'intérieur de la masse.

Sur une surface de section, on remarque, surtout à la partie inférieure, un tissu aréolaire, composé d'une agglomération de kystes dont quelques-uns ont le volume d'une noisette. Ces cavités kystiques étaient remplies par un liquide muqueux, sanguinolent, un peu trouble, tenant même en suspension, dans certains points, de petits caillots sanguins. Deux ou trois de ces poches font saillie à travers la coque fibreuse qui, à ce niveau, offre moins de résistance, et on en observe, entr'autres une à la partie postérieure, qui est de la grosseur d'un œuf, d'un rouge-noirâtre, mamelonnée et semblant contenir des caillots. On peut évaluer que les kystes constituent environ un quart du volume de la tumeur. Dans le reste de son étendue, elle présente des tractus d'apparence fibreuse, ainsi qu'un grand nombre de lamelles osseuses très-irrégulièrement distribuées; et enfin, comme formant la partie principale et fondamentale de la masse, un tissu opaque, blanc-jaunâtre, d'une consistance assez ferme et élastique, ne donnant pas de suc laiteux à la pression, ni au raclage, parcouru abondamment par des vaisseaux. Tels sont les éléments divers qui entrent dans la constitution de cette tumeur.

Viscères thoraciques. Dans la plèvre gauche, traces d'une pleurésie hémorrhagique; l'ouverture du thorax a donné issue à une quantité considérable d'un liquide séro-sanguinolent. Le poumon de ce côté, un peu revenu sur lui-même et affaissé, était fixé aux parois costale et diaphragmatique par des fausses membranes épaisses et très solides. Le poumon droit était libre de toute adhérence.

On remarque que la surface des deux poumons est parsemée d'un grand nombre de tumeurs saillantes, dures, arrondies d'une coloration blanchâtre, et dont le volume varie d'un grain de millet à une noix. La coloration du poumon autour de ces noyaux est normale. Toute l'étendue du parenchyme pulmonaire est comme farcie des mêmes noyaux. La coupe de ceux-ci permet de constater qu'ils sont formés par un tissu lardacé, blanc jaunâtre, ne donnant pas de suc laiteux à la pression ni au raclage, et dont l'examen à l'œil nu présente

un aspect absolument semblable à celui de la partie fondamentale de la tumeur de la cuisse.

Le tissu du cœur était très-friable et semblait avoir subi la dégénérescence graisseuse.

Viscères abdominaux. — Rien d'appréciable du côté du foie. Les reins sont très-congestionnés. La rate est très-volumineuse et d'un rouge lie-de-vin.

Examen microscopique de ces lésions. — M. Cornil a eu l'extrême obligeance de faire cette étude, et d'en consigner les résultats dans la note suivante :

« Les points de la tumeur de la cuisse qui sont à l'œil nu blanc jaunâtres, un peu mous, sont formés uniquement par des fibres-cellules allongées (fibro-plastiques), mesurant de 0,010 à 0,018. Leurs noyaux sont ovoïdes et possèdent un nucléole. Les noyaux mesurent de 0,009 en longueur sur 0,005-0,006 en largeur. D'autres parties sont formées par des noyaux seuls. En les examinant sur des coupes larges, on voit parfois des tractus composés des premiers de ces éléments qui laissent passer dans leur entrecroisement des faisceaux analogues. »

Le liquide contenu dans les kystes est muqueux, renferme des globules de sang et des corps granuleux.

En général, toute la tumeur est très vasculaire. Les parties osseuses présentent complètement la structure des os longs. On peut en préparer de larges lamelles qui possèdent des canalicules vasculaires de Havers, des couches concentriques à ces canalicules, et un nombre considérable de corpuscules osseux tout-à-fait semblables à ceux d'un os normal. La plus grande partie de ces corpuscules sont noirs ; mais, à la limitation des lamelles osseuses qui se continuent sans interruption avec le tissu fibro-plastique voisin, les ostéoplastes sont pâles, et le tissu qui les entoure est plus transparent. On ne rencontre pas de cellules cartilagineuses.

Les noyaux du poumon, examinés sur des coupes, sont exactement constitués de la même manière que les parties non ossifiées de la tumeur précédente : c'est-à-dire qu'on y trouve seulement des éléments fibro-plastiques de la même dimension. »

Il ressort de cette étude histologique que nous avons affaire à un cas de fibro-plastie généralisée; et c'est un fait de plus à l'appui de l'opinion, aujourd'hui assez généralement admise, qui regarde ce pseudoplasme comme étant de nature infectante. En effet, cette observation montre que la maladie, d'abord localisée à la cuisse gauche, s'est généralisée, en propageant ses éléments morbides jusqu'aux poumons; qu'elle a épuisé son action sur cet organe, et enfin qu'elle a déterminé une inflammation consécutive de la plèvre. En outre, l'autopsie a pleinement confirmé l'opinion de M. Cazalis qui attribuait à une cause identique l'apparition de la tumeur et les phénomènes observés du côté de la poitrine.

RAPPORT DE M. DUBRUEIL SUR UN CAS D'INVAGINATION INTESTINALE PRODUITE PAR UN POLYPE DE L'INTESTIN GRÈLE, présenté M. FERNET, interne des hôpitaux.

L'histoire des polypes de l'intestin grêle n'a pas encore été faite. Quelques observations isolées, éparses principalement dans les recueils périodiques, et pour la plupart d'une extrême brièveté; tels sont les seuls documents que j'ai pu rassembler, et qui peuvent à peine servir à tracer une esquisse de cette affection.

La première observation que je connaisse est de M. le professeur J. Cloquet; elle a été publiée dans le mémoire de Dance sur les invaginations morbides des intestins; puis vient un cas présenté à la Société (1) anatomique en 1835 par M. Lafont (2); il s'agit de deux tumeurs polypeuses occupant des points rapprochés du duodénum. M. le professeur Cruveilhier a rapporté ce fait dans son grand ouvrage d'Anatomie pathologique, et en a fait une très importante critique (3). En 1840, le Dr Smith publia dans le journal « Dublin Review » un

(1) Répert. gén. d'anat. et de physiol. pathol., 1826, p. 209.

(2) Bull. de la soc. anat., 1835, p. 78.

(3) Anat. path. liv. XXII.

cas de polype, qui a été analysé dans les Archives de médecine (1); on trouve dans les Transactions de la Société pathologique de Londres trois observations de polypes de l'intestin grêle; deux sont dues aux D^{rs} Ogier Ward et Prescott-Hewet, la troisième au D^r Peacock (2); en 1843, le D^r Allen en a publié une observation très curieuse, qui a été analysée dans les Archives de médecine (3); enfin, M. Nélaton rapporte, dans sa Pathologie chirurgicale (4), un cas de la même affection, d'après une pièce déposée dans le musée de Hunter, à Londres.

Voilà donc, en y joignant le cas de M. Fernet, un total de neuf polypes de l'intestin grêle dont l'analyse peut permettre des rapprochements d'où l'on dégage une histoire de la maladie.

Les *caractères anatomiques* des polypes de l'intestin grêle sont à peine indiqués dans la plupart des observations que j'ai citées.

Le *siège* de la tumeur est ordinairement la partie inférieure de l'intestin grêle : dans sept des observations, l'insertion du polype est située à un pied au-dessus de la fin de l'iléon; dans le cas du docteur Allen, la tumeur occupe la partie inférieure du jéjunum; enfin dans celui de M. Lafont, cité par M. Cruveilhier, les deux tumeurs siègent dans le duodénum. La fréquence, relativement au siège, augmente donc à mesure qu'on se rapproche davantage de la partie inférieure de l'intestin grêle. L'*insertion* a lieu, dans le plus grand nombre des cas, au niveau du bord convexe de l'intestin. Le *volume* des polypes est assez variable : les uns ne dépassent pas le volume d'une noisette, d'autres atteignent celui d'une noix, et même d'un œuf; ainsi celui qu'a décrit le docteur Allen avait sept centimètres et demi de long. Leur *forme* est généralement ovoïde; et ils sont supportés par un *pédicule*, dont la longueur est quelquefois considérable; ainsi dans un des cas de Prescott-

(1) Arch. gén. de méd., 1840, t. IX, p. 86.

(2) Transact. of Pathol. Society, 1846, p. 95 et suiv.

(3) Arch. gén. de méd., 1845, t. I, p. 88.

(4) Éléments de Pathol. chir. t. IV, p. 462.

Hewet, le pédicule n'avait pas moins de sept centimètres et demi de long. Leur *surface* est presque toujours lisse et présentant l'aspect du reste de la muqueuse intestinale, quelquefois ulcérée au sommet. La *structure* n'est pas indiquée dans la plupart des observations que j'ai pu consulter, ou l'est d'une manière très vague : ainsi on se contente de noter que le polype était charnu (Smith, Allen), d'aspect fibreux et abondamment fourni de vaisseaux sanguins (Prescott). Dans une des observations du docteur Prescott, il est dit que « le polype, examiné au microscope, avait une structure manifestement fibreuse. » A propos du cas de M. Lafont, le professeur Cruveilhier s'exprime ainsi : « Ces tumeurs sont mamelonnées, à pédicule étroit, formé par la membrane muqueuse toute seule; d'où il résulte évidemment que ces polypes appartenaient exclusivement à la membrane muqueuse. Les mamelons que présentent ces tumeurs me paraissent formés aux dépens des papilles ou villosités ; leur section démontre une structure aréolaire et gélatineuse (cancer aréolaire et gélatineuse). » Dans l'observation de M. Fernet, on voit que « sur une coupe, la tumeur offre un tissu rougeâtre, formé de fibres qui semblent partir du pédicule, et se portent dans le sens du plus grand diamètre du polype. Ce tissu, examiné au microscope, n'est formé que de deux éléments, du tissu lamineux et des fibres musculaires lisses dirigées toutes dans le même sens, celui suivant lequel le tissu était strié. En conséquence, le polype paraît formé par l'hypertrophie de la couche musculieuse et de la couche celluleuse de l'intestin. »

Les polypes de l'intestin grêle semblent donc, en résumé, être de trois espèces : 1° par hypertrophie musculaire; 2° par hypertrophie cellulaire; 3° par hypertrophie muqueuse. La première variété est la plus commune; la troisième est exceptionnelle; elle n'est signalée que dans l'observation de M. Cruveilhier; où il s'agit d'un polype cancéreux de la muqueuse du duodénum.

Ces tumeurs ont sur les *parties avoisinantes* du tube digestif une influence manifeste. Ainsi la traction qu'elles exercent sur la paroi intestinale, au niveau de l'insertion de leur pédicule, détermine quelquefois une dépression ombiliquée du

côté de la surface péritonéale; cette dépression est inclinée du côté de la partie inférieure de l'intestin, parce que le polype est ordinairement entraîné et tiré dans cette direction par le cours des matières intestinales et par les contractions péristaltiques. L'intestin est quelquefois dilaté au-dessus du polype, ce qui est dû sans doute à la gêne apportée par la tumeur au passage des matières; nulle part cette dilatation n'est plus marquée que dans le cas de M. Lafont, où M. Cruveilhier signale une dilatation sphéroïdale énorme de la portion supérieure du duodénum. Il est souvent difficile de dire si la dilatation est due au polype lui-même, ou si elle doit être attribuée seulement à l'invagination qui l'accompagne si souvent. Au-dessous de la tumeur, au contraire, l'intestin est un peu rétréci. La paroi opposée à l'insertion du polype peut être dilatée; et, si on voit que des polypes, même les plus volumineux, n'ont pas obstrué le calibre de l'intestin, c'est que cette dilatation, formée par le passage continu des matières, vient contrebalancer le rétrécissement que produit la tumeur. Dans le cas du docteur Peacock, le polype occupait une si grande portion du canal, que l'extrémité du petit doigt pouvait, à peine s'engager dans la partie restée libre. Toutes les autres altérations des parois doivent être plutôt rapportées à l'invagination, quand celle-ci s'est produite, ou à d'autres affections concomitantes.

La *symptomatologie* des polypes de l'intestin grêle est à peu près nulle; il est impossible, en effet, de rapporter à cette affection les phénomènes qui ont été signalés dans les observations. Les phénomènes, qui sont ceux de l'étranglement interne, doivent être attribués évidemment, soit à l'invagination, soit à un rétrécissement de l'intestin : le début brusque et la marche rapide des accidents montrent bien qu'ils ne sont dus qu'à la complication intercurrente. Les polypes de l'intestin grêle ne se manifestent-ils donc par aucun symptôme ? cela est probable. Il en est d'ailleurs ainsi de beaucoup des conditions anormales qui se développent lentement dans l'organisme : elles ne déterminent que des modifications peu prononcées, souvent même inappréciables dans les phénomènes fonctionnels. L'observation de M. Lafont est la seule qui con-

tienne quelques renseignements sur la santé antérieure du sujet : dans ce cas, la malade avait éprouvé, à plusieurs reprises, des coliques très douloureuses et des vomissements : ces accidents s'étaient renouvelés cinq fois dans une année, et ce n'est qu'à la cinquième fois qu'il survint un étranglement interne dont la malade mourut. Outre que ces symptômes, coliques, vomissements, sont bien vagues, ils se rapportent très probablement à la nature toute spéciale de la tumeur qui était cancéreuse. Si la tumeur pouvait acquérir un volume suffisant pour obturer complètement l'intestin sans l'intervention d'aucune autre lésion, on verrait se développer les signes de l'étranglement interne ; mais ce cas ne s'est pas encore présenté, j'entends, pour les polypes de l'intestin grêle.

Mais si les polypes ne paraissent produire par eux-mêmes aucun accident sérieux, ils constituent une prédisposition singulière à l'invagination, ainsi que l'ont indiqué M. Duchaussoy (1) et M. Besnier (2) ; celle-ci, en effet, se rencontre dans presque toutes les observations (huit cas sur neuf), et elle paraît devoir être, au moins le plus souvent, attribuée à la présence de la tumeur qui agit mécaniquement pour la produire. On comprend, en effet, qu'il suffit d'une accumulation de matière au dessus du polype ou de toute autre cause pour que le pédicule soit tirailé et entraîne les parois de l'intestin ; les affections du tube digestif elles-mêmes peuvent bien amener le même résultat, quand des contractions péristaltiques violentes tendent à expulser le polype, qui entraîne avec lui les parois auxquelles il est attaché. Cependant, il faut remarquer que le polype ne paraît pas toujours être la cause de l'invagination, et que parfois on ne peut le considérer que comme une coïncidence ; car pour qu'on pût attribuer l'invagination à la seule action mécanique du polype, il faudrait qu'il fût situé à la partie inférieure du cylindre central ; or il n'en est pas toujours ainsi. M. Cruveilhier fait remarquer

(1) Mém. sur l'anat. pathol. des étrangl. internes, in Mém. de l'Acad. de méd., 1860, t. XXIV,

(2) Mém. sur les étrangl. internes de l'intestin.

que, dans le cas de M. Lafont, les deux tumeurs n'avaient pas été la cause de l'intussusception, puisque la plus considérable était à la partie supérieure de l'invagination, et que l'autre n'était pas au point le plus déclive. Dans un des cas de Prescott, cet auteur s'exprime ainsi : « L'invagination de l'intestin n'était pas due à la présence du polype, qui se trouvait au-dessous de la portion invaginée. »

Dans le seul cas où il n'y a pas eu d'invagination, la mort fut le résultat d'un étranglement produit par une bride fibreuse (Peacock).

Comment reconnaître une lésion qui ne se manifeste par aucun symptôme ? le *diagnostic* des polypes de l'intestin grêle ne pourra guère être fait ; à peine pourrait-on en soupçonner l'existence, si dans un cas d'invagination de l'intestin grêle, on avait reconnu auparavant la présence d'une petite tumeur sur cette portion du tube digestif. Le diagnostic laisse, dans tous les cas, trop d'incertitudes pour qu'on puisse songer à un traitement.

XXXIX^e ANNÉE. — FÉVRIER 1904.

SOMMAIRE.

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Kyste de l'ovaire. — 2. Ulcération de l'estomac à la suite d'un empoisonnement. — 3. Morbus Coxæ senilis. — 4. Leucocytémie. — 5. Amputation de la cuisse. — 6. Condylômes des valvules aortiques. — 7. Kystes du rein. — 8. Luxation des deux coudes. — 9. Tubercules de la trompe. — 10. Polypes de la vessie. — 11. Phalanges supplémentaires. — 12. Fractures multiples du bassin. — 13. Tumeurs de la dure-mère. — 14. Polypes muqueux de l'estomac. — 15. Ramollissement du cerveau.

OBSERVATIONS. — Polype utérin. — Péritonite, mort; autopsie, par M. PAINETVIN, interne des hôpitaux.

Ramollissement du lobe droit du cervelet, hémiplegie alterne. — Observation et réflexions par M. le docteur MARTINEAU, interne des hôpitaux.

Congélation d'un individu pendant l'intoxication alcoolique. — Paralyse des quatre membres, de la vessie, du rectum. — Abolition de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaire dans les membres inférieurs. — Troubles de la sensibilité cutanée, mort; autopsie. — Ramollissement d'une portion de la moelle cervicale, produits plastiques sur l'A-rachnoïde viscérale, par M. le docteur Aug. VOISIN, chef de clinique de la faculté de médecine.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Bourneville montre un *kyste de l'ovaire* droit recueilli à l'autopsie d'une femme de soixante-cinq ans à laquelle on avait fait plusieurs ponctions pendant la vie.

Les dimensions de ce kyste sont les suivantes : cinquante-cinq centimètres de circonférence, soixante-cinq centimètres de hauteur.

Ce kyste était multiloculaire, le liquide qu'il contenait était brunâtre, visqueux, filant.

Sa face interne est enduite d'une matière gélatiniforme, et présente quelques végétations fongueuses.

L'utérus renfermait un petit kyste dont le contenu était une substance gélatiniforme analogue à celui du kyste.

2. M. Gougenheim met sous les yeux de la Société l'estomac d'une malade qui a été empoisonnée par un produit dont la nature est encore inconnue.

Les symptômes observés pendant la vie n'ont pu éclairer le diagnostic. Il n'y avait pas de vomissements, pas de signes de péritonite, mais seulement des coliques et une tympanite abdominale tellement intense, qu'elle a amené la mort par asphyxie, malgré une ponction faite sans succès.

Cet estomac est très distendu. A la petite courbure existe une escharre très étendue, au fond de laquelle existe une petite perforation.

Il n'y avait pas d'épanchement dans ce péritoine, aucune altération à la bouche ni à l'œsophage.

La grande courbure, la face antérieure et une grande partie de la face postérieure de la muqueuse gastrique étaient excessivement injectées. Les matières contenues exhalaient une odeur alcoolique.

Une analyse, malheureusement incomplète, a permis d'y reconnaître des sels de zinc et quelques traces de phosphore.

3. M. Brouardel communique deux pièces présentant des altérations propres à l'affection décrite sous le nom de *morbus coxæ senilis*.

Ce sont deux articulations coxo-fémorales sur lesquelles on voit les cartilages éburnés, en partie détruits, si bien qu'il s'est produit une luxation.

Extrait du rapport de M. DESCROIZILLES sur la présentation précédente :

Ces deux pièces ayant été recueillies à l'Amphithéâtre de Clamart, M. Brouardel n'a pu vous donner aucun renseignement sur la marche de la maladie. Voyons donc si, par la constatation simple des lésions anatomiques, nous pourrions déterminer quelle était l'affection dont ces articulations étaient atteintes.

Nos Bulletins sont riches en présentations de lésions articulaires; les recherches de MM. Deville, Broca, Denucé, etc., ont permis, pendant plusieurs années, aux membres de la Société de voir qu'outre les lésions articulaires décrites par les auteurs classiques presque toutes confondues sous le nom de tumeur blanche, il y a lieu de décrire d'autres lésions que l'on s'est peut-être un peu pressé de réunir comme faisant un tout par fait sous le nom d'arthrite sèche.

Si l'on voulait faire l'histoire de toutes les lésions anatomiques qui peuvent se développer dans une articulation, c'est dans nos bulletins, plus peut-être que dans tout autre recueil que l'on pourrait trouver les matériaux nécessaires à ce travail. Toutefois, ajoutons que ces pièces, presque toutes présentées par MM. les prosecteurs, n'ont pu être rattachées à l'étude clinique des malades. Tandis que les maladies articulaires se sont trouvées étudiées dans le sein de la Société à l'état anatomique pur, d'autres médecins ne les ont envisagées qu'au point de vue clinique, et dès lors les travaux sortis du sein de la Société ne se trouvent plus divisés, ainsi que l'ont fait les médecins étrangers, qui eux n'ayant pas vérifié anatomiquement leurs opinions, ont pu se perdre dans d'étranges théories. Pour Stromeyer et Wernher, (Mém. sur le diagnostic de la coxalgie et du coxarthrocace) la maladie débute par les muscles; pour Engel (1846); c'est une névrose des cartilages, pour le plus grand nombre: Adam (Encyclopédie d'anat. et physiologie, par Todd. Londres, 1839), Haygarth, Musgrave, Charcot, (thèse 1853), Trastour, (thèse 1853), Vidal, (thèse 1855), Plaisance (1858), Colombel (1862), l'arthrite sèche est une

affection qui, suivant les conditions dans lesquelles les observations ont été faites, se rapproche plus de la goutte ou du rhumatisme; ces études rappellent l'opinion de Landré Beauvais qui voyait dans cet ensemble de symptômes une goutte asthénique, de celle de M. Gendrin qui appela ce rhumatisme chronique déformant, la goutte des pauvres. Mais nous savons d'autre part que les tumeurs blanches semblent se développer quelquefois sous l'influence du vice rhumatismal. N'y a-t-il pas là une cause presque commune qui permet de réunir l'arthrite sèche dans quelques cas aux tumeurs blanches, classe de maladies si mal définie? De plus, quelques-unes des lésions attribuées aux progrès de l'arthrite sèche n'ont-elles pas précédé la lésion? et l'arthrite n'est-elle que consécutive? ces questions ne peuvent être résolues ici, et il faudra attendre de nouvelles présentations pour compléter le travail que M. Broca a inséré dans nos Bulletins en 1850. Elles ne pourront recevoir de solution que par l'étude d'observations dans lesquelles les symptômes et les lésions seront complètement étudiés et par la même personne.

N'ayant pas encore cette ressource à notre disposition, voyons si dans les pièces présentées il n'y a pas quelque enseignement. L'une des pièces offre manifestement les lésions de l'arthrite sèche, tête du fémur écrasée en champignon, plaques éburnées sur la tête, corps étrangers multiples, de plus luxation à droite dans la fosse iliaque avec éburnation de deux centimètres de largeur sur la surface de l'os iliaque sur laquelle reposait la tête. Un des corps étrangers dont l'examen microscopique a été fait par M. E. Simon présente tous les caractères du tissu osseux.

L'autre pièce offre, au contraire, les lésions que l'on est habitué à constater chez les sujets qui ont eu des coxalgies. A droite on voit une ankylose, à angle droit, parfaitement osseuse du fémur et de la cavité cotyloïde. Pas de stalactites périphériques, et une soudure par continuité entre les deux pièces osseuses.

A gauche, on trouve une luxation dans la fosse iliaque; un commencement d'ankylose fibreuse entre la tête du fémur et la cavité accidentelle; une destruction d'une partie de la tête

qui se trouve obliquement taillée aux dépens de la partie supérieure et antérieure; enfin un corps étranger articulaire présentant les mêmes caractères microscopiques que celui que nous avons décrit plus haut; celui-ci est séparé de la tête à laquelle il est accolé en bas et avant par une petite bourse muqueuse, contenant un peu de liquide.

Ces faits nous ont paru intéressants : 1° parce qu'ils montrent quelle étroite parenté peut quelquefois rapprocher deux pièces anatomiques dont les lésions se sont évidemment développées sous des influences morbides différentes; 2° parce qu'ils apportent de nouveaux matériaux à l'histoire de l'arthrite sèche dont la description anatomique est une des œuvres capitales de cette société.

4. *M. Vigier* présente diverses pièces d'un homme qui est mort de *leucocythémie* et remet l'observation suivante :

Il, âgé de 53 ans, exerçant la profession de cocher, est entré à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Chassaignac le 10 décembre 1853.

Jusqu'à l'âge de 29 ans, ce malade semble avoir joui d'une santé excellente. On ne retrouve chez lui aucun antécédent scrofuleux; il n'a jamais eu de fièvre intermittente; à 29 ans, il a contracté blennorrhagie et syphilis avec accidents secondaires : il a pendant longtemps fait des excès vénériens et alcooliques, surtout pendant les sept années qu'il a servi.

A la fin du mois d'août 1863, il fut pris d'une angine; il entra à Beaujon et suivit un traitement anti-syphilitique, il dit alors avoir maigri rapidement; il a perdu l'appétit, sa vue s'est affaiblie. Dans l'espace d'un mois environ, il a vu ses ganglions se tuméfier dans l'ordre suivant : les ganglions sous-maxillaires, puis les axillaires, enfin les inguinaux.

Le 10 décembre 1863, il entre dans le service de M. Chassaignac dans l'état suivant :

De chaque côté, au-dessous de la mâchoire inférieure, tumeur formée par les ganglions submaxillaires : les ganglions axillaires retombent en deux paquets volumineux sous les ais-

selles. Tout le long du cou, chapelet ganglionnaire à la face postérieure de l'omoplate, au niveau de la fosse sous-épineuse, et de chaque côté on sent rouler sous le doigt deux ou trois ganglions. Le ganglion sus-épitrochléen est tuméfié; paquet ganglionnaire volumineux à l'aîne; pas de tumeur ganglionnaire dans le creux poplité.

Etat anémique du malade, perte d'appétit, facies cachectique bruit de soufflet anémique au cœur. — La percussion de la rate ne dénote point d'hypertrophie. Le foie déborde les fausses côtes d'environ 3 centimètres. — Le malade n'a eu ni œdème, ni hémorrhagie. Il accuse quelquefois de la dyspnée.

L'examen des urines est négatif.

Le microscope a démontré dans le sang une grande abondance de leucocytes, les globules blancs sont dans la proportion de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{5}$ environ.

Traitement. Iodure de potassium à l'intérieur et en frictions.

Rien de particulier dans l'état du malade jusqu'au 15 janvier.

Les tumeurs ganglionnaires qui avaient diminué sensiblement depuis quelques jours, surtout les tumeurs sous-maxillaires et axillaires, deviennent plus considérables; l'oppression augmente surtout par intervalles: la voix est sensiblement altérée.

Le 3 février, état asphyxique, le malade succombe dans la nuit du 4 février.

A l'autopsie, les ganglions submaxillaires, cervicaux et axillaires, constituent une chaîne non interrompue de tumeurs ganglionnaires volumineuses.

Les ganglions bronchiques hypertrophiés entourent la trachée et les bronches. On trouve un ganglion accolé à la face postérieure du sternum.

Les ganglions mésentériques, iliaques, forment des masses volumineuses se continuant avec les ganglions inguinaux, également tuméfiés.

Les ganglions poplités sont normaux.

La rate accuse 15 centimètres dans son diamètre vertical, à l'œil nu; elle ne semble pas altérée dans sa structure.

Le foie est hypertrophié, jaunâtre, gras. Les reins sont

normaux ; cependant à la surface du rein gauche, on trouve deux ou trois petites masses jaunâtres.

Dans le cœur et surtout dans les cavités droites, caillots blanchâtres, non adhérents. Nous devons l'examen anatomique des pièces à l'obligeance de M. Cornil, qui a bien voulu nous communiquer le résultat de son examen dans la note suivante.

« Les ganglions lymphatiques de la grosseur d'un haricot à celle d'un œuf de poule, étaient généralement mous, et donnaient une sensation de fausse fluctuation. Leur capsule était lisse et leur surface uniforme sans bosselures. Cette surface était gris rosé ou rouge foncé. La surface de section de ces ganglions, présentait le plus ordinairement un fond de couleur rouge lie-de-vin comme la rate, et sur ce fond tranchaient des points ou taches blanches de un demi à un millimètre et demi de diamètre, arrondis, bien circonscrits, formés d'un tissu mou, qui donnaient à ces surfaces une apparence complètement semblable à celle d'une rate dont les corpuscules de Malpighi auraient été hypertrophiés. En regardant à contre jour des coupes minces de ces parties, les ilots blancs étaient transparents : les mêmes coupes examinées au microscope montraient que ces ilots blanchâtres et transparents à la lumière directe, étaient uniquement formés de globulins ou corpuscules lymphatiques régulièrement arrondis, réfringents, de cinq à six millièmes de millimètre de diamètre. Ils ne possédaient pas de membrane limitante. Toute la masse des ganglions lymphatiques était constituée par les mêmes éléments et possédait les mêmes ilots blanchâtres. Il n'y avait plus de distinction possible de deux substances, l'une corticale, l'autre médullaire.

Quelques ganglions présentaient sur leur coupe une coloration blanchâtre ou blanc rosé uniforme.

Quelques ganglions cervicaux et sous-maxillaires du côté droit, avaient subi une altération différente. Ces ganglions, dont la grosseur variait entre celle d'un haricot et celle d'une amande, étaient durs, et sur une coupe, leur totalité ou leur moitié externe était de couleur jaune ocrée. Cette coupe était ferme, luisante. En les examinant au microscope, on les voyait formés par des mailles de tissu cellulaire, et des glo-

bulins comme les ganglions précédents. Mais, en outre, existaient des granulations pigmentaires fines, jaunes. Ces coupes ont été traitées par l'acide nitrique et les granulations ont passé successivement par les couleurs rouge, violet, bleu et vert; de telle sorte que nous avons pensé que ces granulations étaient constituées par du pigment biliaire.

Les corpuscules de Malpighi de la *rate* avaient leur structure et leur volume normaux.

Ainsi les éléments normaux des *ganglions* lymphatiques avaient subi dans ce cas une hypergénèse considérable; et dans leur tissu rouge se trouvaient des corpuscules ou ilots blanchâtres rappelant par leur aspect à l'œil nu et par leur examen microscopique, la structure des corpuscules de Malpighi de la *rate*; lorsque ceux-ci sont hypertrophiés. Il est probable que ces ilots blanchâtres qu'on trouvait dans toute l'étendue des ganglions malades étaient formés par la multiplication et l'hypertrophie des follicules qu'on trouve normalement dans la substance corticale des ganglions.

Le *foie* offrait une dégénération grasseuse de la périphérie des lobules : les lobules eux-mêmes étaient gros. Le foie tout entier était hypertrophié.

Sur le *rein*, on voyait quelques petits points blancs opaques à la surface de la substance corticale. Ces points que nous avions supposés d'abord formés de productions lymphatiques nouvelles, n'étaient autre chose qu'une dégénération grasseuse limitée des tubes contournés et des glomérules.

Le *sang* de la veine jugulaire intérieure, recueilli après la mort dans un tube, et pris en gelée de couleur rose au milieu de laquelle se trouvaient plusieurs amas blanchâtres qui étaient constitués en grande partie par des globulins et par quelques corpuscules blancs plus rares dans une masse finement granuleuse. »

M. Fritz demande si les caractères fournis par les réactions chimiques sont bien suffisants pour faire admettre que les granulations qui composaient quelques ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont formées par la matière colorante de la bile.

M. Després. La présence de la bile dans des ganglions lym-

phatiques n'est pas extraordinaire. — Il y a dans le ligament suspenseur du foie des vaisseaux lymphatiques que Kiernan et d'autres avaient pris pour des canalicules biliaires. — Les vaisseaux qui se chargent quelquefois de bile dans l'ictère ont pu apporter de la bile dans la veine lymphatique droite et par leurs anastomoses dans les vaisseaux lymphatiques du cou. — Dans le cas actuel les ganglions qui contiennent de la bile occupaient la région parotidienne, et l'explication est plus difficile; car il faudrait supposer que la bile a cheminé par une circulation lymphatique, collatérale, la lymphe étant arrêtée par des ganglions engorgés. Mais entre l'hypothèse d'une formation de bile dans les ganglions et celle du transport par une circulation collatérale, cette dernière est plus en rapport avec nos connaissances physiologiques (1).

5. M. Spiess montre le *moignon d'un amputé de la cuisse* qui a succombé à une phthisie galopante un mois et demi après l'opération.

L'artère crurale du membre amputé offre les caractères des artères ossifiées. Dans son intérieur on trouve un caillot qui n'a pas plus de deux à trois centimètres de long, rouge dans sa partie supérieure, ramolli et présentant une teinte noirâtre dans sa partie inférieure. En soulevant ce caillot, on aperçoit sur la paroi artérielle une perforation circulaire de trois à quatre millimètres à travers laquelle fait saillie un corps étranger constitué par une plaque athéromateuse qui a percé la paroi de dedans en dehors.

(Voir pour plus amples détails les Bulletins de la Société de chirurgie, février 1864).

6. M. Liouville présente :

A — Deux cœurs avec les artères aortées qui en partent

(1) Kiernan (*the anatomy and physiology of the liver*) in philosophical Transactions, London, 1833) avait pris des vaisseaux lymphatiques du foie situés dans le ligament triangulaire gauche du foie pour des conduits biliaires, M. Sapney (*Anatomie*, T. III) a rectifié cette erreur et a rattaché les vaisseaux lymphatiques à un plexus lymphatique superficiel.

pris sur des malades à peu près de même âge, ayant succombé dans le même temps, et offrant des lésions qui semblent avoir tant de rapports communs qu'il y a peut-être intérêt à en faire une présentation d'ensemble.

La première, M^{me} Gigault, Jeanne, âgée de 82 ans, plusieurs fois venue à l'infirmerie, et bien observée depuis 1861, après avoir eu diverses affections, qui n'ont que peu de rapports avec le fait actuel, a fini par succomber à un *Ramollissement cérébral*, dont on peut faire remonter les symptômes assez manifestes à la fin de l'année dernière (décembre 1863) et dont les principaux signes ont été observés jusqu'à sa mort (13 février 1864.)

L'autopsie a confirmé le diagnostic.

L'encéphale, du poids de 970 grammes, montrait sur la face externe du cerveau, des traces d'un ramollissement superficiel, d'une couleur hortensia, s'étendant en profondeur presque jusqu'au corps strié. Le microscope a permis à M. Vulpian de voir dans les parties altérées, quelques corps granuleux disséminés, quelques gouttelettes graisseuses, et les cellules nerveuses très-granuleuses et paraissant déformées.

Les artères de la base étaient athéromateuses : cependant elles n'offraient pas d'oblitération.

Dans les *poumons* rien de spécial.

Le cœur n'offrait pas de lésion du péricarde, ni d'épanchement dans la cavité, volume normal. Pas d'insuffisance aortique (expérience de l'eau). Aucune lésion des valvules du côté droit. État très peu athéromateux de la partie de l'aorte rapprochée des valvules sigmoïdes.

Mais, petit condylôme sur la face ventriculaire d'un des nodules d'Arantius, de l'une d'elles. Puis petit polype fibreux de la grosseur d'un pois sur un autre nodule saillant, granulé, coloré en rouge brun foncé. Et dans la cavité de la pointe du ventricule gauche, se trouve un caillot fibreux, de la grosseur d'une cerise; il est comme emprisonné et adhérent au milieu des cordages tendineux de cette région.

La couche superficielle de ce caillot est blanchâtre, résistante; le centre, au contraire, est ramolli, rougeâtre, avec une teinte un peu grise (aspect de pus mêlé à du sang).

Rien dans l'oreillette gauche, ni dans l'auricule.

Aorte. — A. Thoracique. — Concrétions calcaires saillantes, au-dessous des gros vaisseaux du cou et au niveau des origines de ces gros vaisseaux.

A. Abdominale. — Également plaques calcaires plus abondantes encore et peut-être déjà ulcérées dans le trajet inférieur vers la bifurcation des iliaques.

La deuxième M^{me} Poiteau (Josephine), âgée de quatre-vingt-quatre ans, entre pour la première fois à l'infirmerie, se plaignant de douleurs et de quintes de toux épuisantes.

Très maigre, sans antécédents bien nets, elle présente quelques signes de phthisie ancienne, avec pneumonie récente et succombe le 15 février 1864.

L'autopsie confirme le diagnostic, présumé, d'une pneumonie au troisième degré, et d'anciens tubercules aux sommets.

L'encéphale du poids de 1050 gramm. était partout sain. Mais le cœur et l'aorte, offrent des lésions plus intéressantes.

Cœur : pas de liquide dans le péricarde. Plaque fibrineuse blanchâtre sur les faces antérieure et postérieure. Pas d'insuffisance aortique. Pas de rétrécissement aortique.

Mais sur l'une des valvules sigmoïdes, petit condylôme de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, au niveau et au-dessous du nodule d'Arantius; sur cette même valvule existe une déchirure de son voile libre: un vaisseau de récente formation se voit dans les cordages de la pointe du ventricule gauche, à parois légèrement hypertrophiques.

Rien dans le cœur droit.

Aorte. — A son origine, l'aorte n'offre point de concrétions calcaires. Elle est légèrement athéromateuse seulement au niveau de la partie ascendante; mais dans la partie thoracique descendante, existe un caillot, paraissant d'ancienne formation, adhérent aux parois; n'oblitérant pas tout-à-fait le calibre de l'artère.

Ce caillot, situé au-dessous de l'origine des gros vaisseaux du cou et du bras, d'une longueur de cinq à six centimètres à peu près, a la forme d'un cylindre à extrémité supérieure arrondie; à extrémité inférieure mousse également, et of-

frant cependant comme une sorte de tête plus étroite, néanmoins arrondie.

Il est adhérent par une de ses faces à la face correspondante de l'aorte, et il faut une certaine force pour l'en détacher. A la partie inférieure, à peu près au niveau de son tiers inférieur, la partie arrondie semble se détacher plus facilement, et de la paroi et du reste du caillot, car la plus petite traction avec la pince le sépare sous forme de bouchon.

A ce moment, de toute la masse qui ressemble à une sorte de kyste cylindrique de fibrine désagrégée, s'écoule un peu d'un liquide sanieux, puriforme.

Une section pratiquée sur la totalité du caillot, montre quelques couches plus ou moins résistantes de fibrine désagrégée et donne issue à du liquide analogue.

A ce niveau de l'aorte, et au-dessous plus encore, existent des plaques calcaires et des ulcérations athéromateuses.

Rien dans les autres organes examinés avec attention.

Voici donc *deux cœurs*, qui offrent une lésion analogue, (petit condylôme sur une valvule sigmoïde de l'aorte) mais à des degrés différents; car chez l'une on ne voit que le petit condylôme à nu, proéminent, tandis que chez l'autre on voit ce condylôme, recouvert d'une petite quantité de sang, d'ancienne formation, solide, granuleuse, constituant un polype fibreux de la grosseur d'un pois.

Puis, *deux caillots*, qui offrent une grande ressemblance quant à leur structure à leur âge probable et à leur mode de formation :

L'un occupe la pointe du ventricule gauche: il est adhérent et contient un liquide puriforme; l'autre occupe la paroi postérieure de la face interne de la branche descendante de l'aorte thoracique: il est adhérent et contient un liquide puriforme.

Ne peut-on point se demander si ce ne sont pas des lésions très probablement produites sous la même influence, mais se présentant à des périodes différentes? Ne peut-on point prévoir les conséquences possibles de ces lésions, comme une destruction des parties plus ou moins fines des caillots ou des condylomes, parties qui voyageant d'abord librement dans des canaux assez amples, sont arrêtées par de plus étroits,

les obstruent, et occasionnent des lésions connues depuis longtemps sans doute, mais seulement depuis peu bien interprétées.

7. B. — Les reins provenant de l'autopsie d'une de ces femmes (M^{me} Gigault, âgée de quatre-vingt-deux ans), ayant succombé, le 12 février 1864, à un ramollissement cérébral, mais sans avoir offert pendant la vie rien qui pût faire soupçonner une lésion rénale.

L'un de ces reins, le *rein gauche*, offre une énorme quantité de petits kystes séreux, de la grosseur d'un pois, disséminés à sa surface convexe; mais on voit encore, même extérieurement, des places très étendues de substance glandulaire saine. Son volume est un peu augmenté, principalement en longueur, offrant une étendue double de l'autre.

Celui-ci, le *rein droit*, a même un volume au-dessous de la normale. Dans sa partie glandulaire, le tissu est entièrement converti en kystes séreux, si multiples, qu'il ne paraît rester aucune trace de tubuli. Le rein se trouve réduit à son enveloppé celluleuse, chargée de graisse, à une coque semblant être sa capsule peut-être un peu hypertrophiée, à des kystes rapprochés les uns des autres, et offrant l'aspect d'un gâteau de miel à petites aréoles pouvant toutes loger une lentille. Enfin, à une certaine quantité de graisse vers le hile, qui paraît bien plus abondante.

Il n'y a pas d'oblitération de l'uretère droit, dans un trajet examiné de six centimètres; cependant son calibre est rétréci.

Ce ne sont pas les kystes du rein qui rendent la pièce intéressante; ils sont si fréquents qu'on peut presque dire qu'on n'ouvre pas deux cadavres de vieillards, sans en trouver au moins un.

Les faits où ils sont très nombreux sont encore fréquents; mais on compte les observations très rares, où ils constituent le tissu glanduleux. C'est le cas actuel.

Souvent on les a alors confondus avec une distension des reins par l'urine; avec des poches hydatiques à échinocoques;

avec des abcès qu'on peut voir encore quelquefois distendre tout un rein, en absorbant sa substance.

Ici, c'est le même effet; mais il réside dans une autre cause : c'est bien, il est vrai, un complet étouffement de la substance glanduleuse rénale, dont il ne reste pas traces, mais par des kystes qui se sont insensiblement rapprochés.

M. Després : L'atrophie de ce rein paraît être le résultat d'une inflammation antérieure. On retrouve ici du tissu cellulaire de nouvelle formation et des productions de graisse comme il en existe dans les tissus autrefois enflammés. Il y a ici un état déjà signalé par Chomel, dans son Mémoire sur la néphrite calculeuse (Arch. de médecine, 1837) et qu'il a constatée sur des reins qui renfermaient des calculs. Cet auteur, en effet, a montré un fait de guérison de pyélite calculeuse par atrophie du sein. Il n'y a pas de calcul dans le cas qui nous est présenté; mais il est probable qu'il y a eu pyélite; les transformations cellulo-graisseuses portent sur le bassinnet, et les altérations des substances corticale et tubuleuse, sont des transformations kystiques.

S. M. Hagem montre une *Luxation double et incomplète du radius en avant*.

Latzer (Jean), ex-courrier des malles, âgé de cinquante-trois ans, est entré le 27 juillet 1862 à Bicêtre; atteint de paralysie générale; il meurt le 25 janvier 1863 sans qu'on ait rien remarqué du côté de ses coudes ni dans les mouvements de ses avant-bras; de sorte que l'on manque de renseignements sur l'origine et le mode de production de ses luxations. Les deux coudes présentent exactement la même luxation.

Avant la dissection, on voit une saillie de la tête radiale qui soulève le long supinateur, et l'on trouve, en arrière, sous le condyle, une dépression assez profonde.

Les mouvements de pronation et de supination sont faciles et ont leur étendue normale; la flexion et l'extension sont bornées: la première par la rencontre de la tête radiale avec l'extrémité inférieure de l'humérus; la seconde par un obstacle

dont on ne se rend compte qu'après la dissection. Pendant ces mouvements, en embrassant le coude avec la main, on ne perçoit aucun craquement articulaire. La dissection permet de voir que le ligament antérieur de l'articulation est considérablement épaissi; il forme une sorte de capsule très forte, surtout en avant, au niveau de la saillie de la tête du radius. C'est la tension de ce ligament qui limite le mouvement d'extension. On voit deux ordres de faisceaux très forts : le premier étendu de l'épycondyle à la partie inférieure de l'apophyse coronoïde; il est renforcé par le tendon du brachial antérieur. — Le deuxième, étendu du bord antérieur de l'humérus et de la face interne de cet os au ligament annulaire du radius. Ce ligament est perdu, pour ainsi dire, dans cette sorte de capsule articulaire; il est très tendu, ce qui permet au radius d'exécuter des mouvements dans tous les sens, parfaitement intacts, et seulement plus long que de coutume.

Les surfaces articulaires présentent du côté du radius : une tête osseuse, irrégulière, mais déformée sans atrophie. La déformation n'est, en réalité, pas très marquée; la tête radiale représente un cylindre d'une hauteur un peu plus grande que dans l'état normal. La cupule est encore appréciable, surtout sur l'un des radius. Elle est érodée en différents points : en haut est un point limité qui répond à la partie la plus élevée de la tête, et qui regarde le bord tranchant du condyle huméral; en arrière, on trouve une surface oblique, érodée, qui répond à la face antérieure du condyle. En avant, la tête radiale est lisse dans la partie qui est en rapport avec les ligaments articulaires, excepté dans la portion qui frotte contre le vestige du ligament annulaire du radius. Du côté du condyle huméral, on voit une surface aplanie et rugueuse qui est en regard de la partie postérieure de la tête radiale. La petite cavité sigmoïde du cubitus est plus plane qu'à l'état normal et répond à une surface un peu plane aussi de la tête radiale.

Enfin la cavité coronoïdienne de l'extrémité inférieure de l'humérus est presque complètement effacée, ce qui prouve que le bec coronoïdien ne s'y loge plus depuis fort longtemps.

Je n'ai rien trouvé à noter dans les muscles. Les articulations radio-carpiennes étaient parfaitement normales.

Examen de la pièce par M. DUPLAY.

Les pièces présentées par M. Hagem ont été données comme offrant un exemple de luxation congénitale double du radius en avant.

En l'absence de tout renseignement précis, il n'est pas de caractères anatomiques qui permettent de se prononcer sur la date positive de ces luxations, et l'examen attentif doit laisser subsister tous les doutes.

Les deux seuls arguments susceptibles de faire croire à l'existence d'une luxation congénitale, sont :

- 1° La parfaite symétrie des lésions des deux côtés;
- 2° L'intégrité des ligaments qui semblent n'avoir subi aucune rupture.

Encore doit-on rappeler que M. Malgaigne a réfuté ces deux arguments en citant des exemples de luxations pathologiques doubles et sans ruptures des ligaments, et en faisant remarquer que l'on n'a pas rencontré une seule fois de luxation radiale chez le fœtus.

9. M. Fontan présente une *infiltration tuberculeuse des trompes* et donne les renseignements suivants :

Marie-Élise V..... âgée de cinquante-cinq ans, femme de chambre, entre le 18 novembre 1863 à la Maison municipale de santé. Cette malade présentait, au moment de son arrivée, une tuméfaction considérable de l'abdomen, accompagnée de douleur et de vomissements; il y avait en même temps un état cachectique très-prononcé. La douleur existait surtout au niveau des fosses iliaques, et plus particulièrement du côté gauche. Dans cette région, la percussion donnait une matité dont le siège et l'étendue ne se déplaçaient pas par les changements de position; et il y avait également une fluctuation circonscrite aux mêmes points. Ces symptômes firent penser

tout d'abord à la présence d'un kyste de l'ovaire, compliqué d'une affection organique du petit bassin, en rapport avec l'état cachectique. Le toucher vaginal, qui peut-être aurait pu servir à éclairer le diagnostic, était impraticable. Quoi qu'il en soit, les vomissements se sont reproduits à diverses reprises pendant quelques semaines ; puis la malade est restée sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation. En même temps, amaigrissement notable de la face et du tronc, et œdème des membres inférieurs.

Au commencement du mois de janvier 1864, on ne pouvait plus percevoir la sensation de flot de liquide. Le ventre était très-volumineux, météorisé, présentant au palper des durétés et des inégalités dues aux anses intestinales, dont les bosselures se dessinaient à travers les téguments : on trouvait en un mot, tous les caractères de la péritonite chronique. L'affaiblissement fit des progrès rapides, le poulx devint insensible pendant les huit derniers jours ; voix éteinte, débilité extrême, type du faciès hippocratique. Enfin, la malade succomba, le 13 janvier, sans agonie, au milieu d'un délire tranquille avec hallucinations.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les altérations propres à la péritonite tuberculeuse. Les anses intestinales sont accolées entre elles de manière à ne former partout qu'une seule masse adhérente. Les fausses membranes, le péritoine pariétal et viscéral sont constellés d'une multitude de petites plaques tuberculeuses, d'un gris-jaunâtre, dont la grosseur, très-variable ne dépasse pas cependant le volume d'une lentille. Cette production pathologique se montre principalement sous l'aspect de granulations miliaires dans la portion de péritoine qui tapisse les organes compris dans le petit bassin. Il existe dans ce point, par suite de l'accolement du paquet intestinal, une sorte de cavité, fermée de tous côtés par des fausses membranes, et contenant une très-petite quantité de liquide citrin ; plus élevée à gauche qu'à droite, elle remonte de quelques centimètres au-dessus du ligament de Poupert. L'existence de cette cavité accidentelle rend parfaitement compte des phénomènes observés pendant la vie et qui avaient pu simuler un kyste ovarique.

Les ovaires sont d'un volume normal et parfaitement sains. Les trompes occupent leur situation ordinaire; elles sont libres et horizontalement placées. Seulement, ces organes, très-hypertrophiés, se montrent sous l'aspect de deux gros cordons résistants et flexueux, dont les sinuosités sont bridées par des adhérences celluleuses. Leur intérieur est farci d'une matière tuberculeuse jaunâtre, en voie de ramollissement, et que la pression ne peut faire refluer du côté de la cavité utérine. Celle-ci contient également une matière jaunâtre qui est sans doute de même nature.

L'utérus a une consistance très-ferme et est un peu augmenté de volume. Sur cet organe se sont développés des corps fibreux multiples, de grosseur différente, durs et arrondis, au nombre de quatre : deux sont logés dans l'épaisseur de ces parois, tandis que les deux autres sont pédiculés, insérés sur le fond de l'utérus et font saillie du côté du péritoine.

Le foie est affecté de dégénérescence graisseuse. Rien de particulier du côté des reins et de la rate.

Les poumons ne présentent aucun tubercule; mais on trouve des cicatrices à leur sommet, et il y a quelques adhérences anciennes du côté droit.

L'examen de ces altérations anatomiques démontre suffisamment que l'évolution tuberculeuse n'avait porté que sur les viscères abdominaux; mais l'existence des cicatrices que l'on rencontre au sommet des poumons témoigne qu'à une autre époque, dans la jeunesse probablement; il s'était fait du côté de ces organes une poussée analogue qui avait abouti à la guérison.

10. M. Potain présente *la vessie* d'un vieillard qui a succombé à la suite de diverses hémorrhagies cérébrales successives.

Cet homme avait eu à plusieurs reprises des hématuries.

Voici ce que présente la vessie.

Sa surface interne, très injectée, présente une coloration violacée très intense. Sur la paroi postérieure, à gauche, existe une tumeur du volume d'une petite noix, mollasse, fongueuse,

recouverte par une masse grisâtre de phosphates calcaires. A côté se voient plusieurs petites tumeurs fongueuses, recouvertes de plaques calcaires et présentant un chevelu très manifeste à l'œil nu. Cette tumeur ressemble à des polypes fongueux ; mais je crois, dit M. Potain, que c'est un papilloma, me fondant sur l'analogie qu'elle présente avec une pièce de même nature présentée, l'année dernière, à la Société anatomique, et qui coïncidait avec des cancers généralisés dans divers organes.

MM. *Mercier* et *Duplay* ont vu plusieurs tumeurs analogues qui avaient produit des hématuries, et ils pensent que ce sont de simples excroissances polypeuses de la muqueuse vésicale.

11. M. *Gougenheim* montre deux *phalangettes supplémentaires* qui se trouvaient au dernier doigt de la main d'un enfant de six semaines. Ces deux petits os, unis entièrement à la phalangine, présentent tout à fait la même structure que celle de la phalange.

12. M. *Cotard* présente un exemple de *fractures multiples du bassin*.

La nommée Vézin, veuve Boutonnet, âgée de quatre-vingt-quatre ans, demeurant à la Salpêtrière, est renversée sous la roue d'un camion chargé de poutres, qui lui passe sur le corps ; elle est immédiatement apportée à l'infirmerie, et succombe une demi-heure après l'accident dans un état comateux.

Une large ecchymose existe au niveau de la crête iliaque gauche. Pas de plaie.

Autopsie le 2 février.

Diastasis des deux symphyses sacro-iliaques et de la symphyse pubienne.

Fracture de la branche ascendante de l'ischion gauche ; fracture de la branche horizontale et de la branche descendante du pubis droit ; fracture de la cavité cotyloïde droite (la branche horizontale du pubis, poussée en dehors, a fait éclater l'éminence iléo-pectinée et la paroi antérieure de la cavité coty-

loïde, et est entrée comme un coin entre les fragments).
Epanchement de sang dans l'articulation.

Fractures du sacrum : l'une, par arrachement, comprend toute la partie du bord gauche qui donne insertion au ligament sciatique ; l'autre est transversale et siège à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'os.

Epanchement de sang dans le rachis, depuis le sacrum jusqu'aux premières vertèbres dorsales, siégeant en dessous de la dure-mère. Il y a en outre une notable quantité de sang épanché à la surface de la moelle, sous la pie-mère.

Le thorax présente aussi des lésions considérables. A droite, les huit premières côtes et la clavicule sont fracturées à la réunion du tiers interne et des deux tiers externes. A gauche, six côtes, à partir de la deuxième, sont fracturées en dehors de leur angle, en sorte qu'elles sont fracturées en un point diamétralement opposé à la fracture des côtes droites.

Pas de lésions viscérales, ni dans le thorax, ni dans le bassin. Cerveau intact.

13. M. Bouchard présente deux tumeurs de la dure-mère provenant de deux vieilles femmes mortes à la Salpêtrière.

L'une siégeait à la voûte de l'hémisphère gauche qu'elle déprimait ; très adhérente à la dure-mère, du volume d'une noix, elle offre un aspect mamelonné. Il y avait dans son voisinage plusieurs autres tumeurs de la grosseur d'une petite lentille. A la coupe on voit que le tissu est dur, criant sous le scalpel, et l'examen histologique a montré qu'il est formé par diverses couches stratifiées de matière calcaire disparaissant par l'acide azotique.

Pendant la vie, aucun symptôme n'avait révélé la présence de ces tumeurs.

L'autre tumeur, qui a la même origine, la dure-mère, siégeait à la base du crâne à droite, en avant de la selle turcique. C'est un épithélioma de la membrane séreuse de la dure-mère ; car elle est formée de cellules pavimenteuses et de globes épidermiques très distincts.

Pendant la vie de la malade, il n'y avait aucun phénomène de paralysie; mais des troubles de la parole qui paraissaient tenir à une gêne des mouvements de la langue.

14. M. Liouville montre trois estomacs sur lesquels on voit des *polypes muqueux*.

Sur le premier, (femme de 87 ans) existe un polype de la grosseur d'une noisette, pédiculisé, très vasculaire à sa surface.

Sur le deuxième (femme de 89 ans) trois polypes, l'un sessile, deux autres pédiculisés.

Sur le troisième (femme de 75 ans), un seul polype sessile; aucun symptôme gastrique n'a été observé pendant la vie chez ces trois malades.

M. Cornil. Si je m'en rapporte à l'examen que j'ai fait de plusieurs polypes muqueux de l'estomac, offrant la plus grande analogie avec ceux que vient de présenter M. Liouville, ces petites tumeurs doivent être constituées par les glandes hypertrophiées de la muqueuse gastrique.

15. M. Liouville présente le cerveau d'une femme de 73 ans, qui a succombé à un *ramollissement rouge*. La partie ramollie est le corps strié droit, et on a trouvé l'artère sylvienne droite oblitérée complètement par un caillot.

Il y avait, en outre, une altération athéromateuse de l'aorte, et sous l'influence de cette lésion on a trouvé un infarctus fibrineux très considérable dans la rate, et un autre, mais de petite dimension, dans le rein.

M. Marcé : Je ferai remarquer combien ces altérations sont fréquentes chez les vieillards. A partir de 60 ans, tous les ramollissements sont dus à une lésion artérielle, et tous les phénomènes s'expliquent très bien par une altération, plus ou moins prononcée du vaisseau.

Si l'oblitération vasculaire est complète, le ramollissement a une marche rapide, c'est la forme apoplectique.

Si elle est incomplète, le ramollissement a une marche lente, chronique.

S'il se produit une rupture des capillaires, on a l'hémorragie cérébrale avec tous les signes de l'apoplexie, proprement dite.

M. *Cornil*. Les ramollissements du cerveau sont très fréquents chez les vieillards, il est vrai; mais le ramollissement aigu, est très rare; et le fait de M. Liouville rentre dans l'exception. De même les embolies sont très rares à cet âge; presque toujours il existe une altération des parois des petites artères portant surtout sur la membrane interne en voie de dégénérescence athéromateuse, et il se produit alors de véritables anévrysmes capillaires, comme j'en ai montré plusieurs préparations l'année dernière à la Société.

M. *Marcé*. Je ne crois pas les oblitérations artérielles si rares chez les vieillards que le prétend M. Cornil; mais dans ces cas, le caillot est dû à l'altération du vaisseau.

POLYPE UTÉRIN. — PÉRITONITE. — ABLATION. — MORT. — AUTOPSIE,
par M. PAINETVIN, interne des hôpitaux.

† Briant Marie, 46 ans, salle Saint-Augustin, n° 13 (service de M. Richet), entrée le 4 février 1864.

Cette femme est très-maigre, profondément anémique, pâle, et d'un teint jaunâtre cachectique.

Elle n'a eu qu'un enfant, il y a vingt ans; accouchement et suites de couches, tout s'est très-bien passé.

Elle a bien eu quelques indispositions depuis cette époque, mais rien qui se rapportât à la maladie actuelle; les menstrues étaient régulières et duraient quatre jours sans douleur.

Il y a deux ans, des douleurs vives se montrèrent dans le bas-ventre et les reins, les règles devinrent plus abondantes, accompagnées de caillots durant huit jours.

Il y a six mois (août 1863), les douleurs reparurent plus vives, les règles devinrent plus abondantes pendant dix à

douze jours, avec caillots. La malade compare ses douleurs à celles de l'accouchement; dans l'intervalle de ses règles elle est assez tranquille.

Au commencement de janvier 1864, les douleurs reparaissent plus vives, et en même temps une nouvelle hémorrhagie qui dure tout le mois; le sang perdu était très-pauvre, ce que la malade indique en disant que c'était de l'eau et du sang. Dans les derniers jours parurent quelques caillots.

Ces hémorrhagies successives, avec douleurs sont des symptômes ordinaires des corps fibreux de l'utérus, et nous rendent compte de l'état anémique de la malade.

Le 1^{er} février, nouvelle perte abondante avec douleur et expulsion de nombreux caillots. On fut obligé de faire un premier tamponnement et des applications froides sur le ventre; l'hémorrhagie diminua vers le 4; il coulait encore un peu de sérosité sanguinolente.

C'est alors que la malade entre dans le service de chirurgie.

Pour résumer tout ce qui précède, nous dirons : Depuis deux ans, hémorrhagies utérines, de plus en plus rapprochées, de plus en plus abondantes, avec caillots et douleurs considérables. Dans l'intervalle de ces hémorrhagies, les règles toujours régulières furent de plus en plus abondantes et de plus longue durée, toujours un peu douloureuses et accompagnées de caillots.

Examen de la malade. — Par le toucher, on constate dans le vagin la présence d'une tumeur arrondie, lisse, un peu plus grosse qu'un œuf. Cette tumeur fait saillie hors du col qui est aminci et dilaté comme pour un accouchement; on peut le sentir à la partie droite et supérieure de la tumeur, mais impossible de l'atteindre dans tous les autres points.

Le 7 février, à huit heures du soir, survient une hémorrhagie peu abondante en elle-même, mais grave à cause de l'état de la malade. Cette hémorrhagie s'arrête bientôt, soit spontanément, soit sous l'influence des applications froides, de la position élevée du bassin, d'une potion astringente, etc.

Le 8 février, à 4 heures du matin, le sang reparait, on est obligé de faire un tamponnement assez énergique. Dans la

journée la malade ne peut supporter ni aliments, ni boissons; elle vomit tout ce qu'elle prend.

Le 9 février, les vomissements continuent; nous ferons remarquer qu'ils ne sont pas verdâtres, porracés, mais constitués seulement par des matières muqueuses, le ventre est très-sensible, douloureux à la pression, le pouls petit, fili-forme.

Pour faire cesser ces symptômes de péritonite, M. Richet enlève le tamponnement; mais craignant le retour de l'hémorrhagie, il se décide à extraire le polype. Un serre-nœud avec un fil de fer est disposé à cet effet.

On saisit la tumeur avec plusieurs pinces de Museux, et on cherche à l'abaisser. Mais au moment où elle apparaît à la vulve, sans que les tractions soient très-fortes, le pédicule se rompt tout à coup, ce qui rend inutile l'emploi du serre-nœud. Il n'y a aucun écoulement de sang; le vagin est lavé, et à l'aide d'un spéculum on voit le col blanchâtre, revenu sur lui-même, comme après un accouchement.

Examen de la tumeur. — Presque régulièrement arrondie, cette tumeur a cinq centimètres de diamètre; la surface recouverte par le col est blanche; celle qui faisait saillie dans le vagin est d'un gris noirâtre comme un tissu macéré.

Le tissu de cette tumeur est blanc, dur, résistant criant sous le scapel; il ressemble à celui des disques intervertébraux. Vers le centre est un noyau rouge-brun, commençant à se ramollir.

Les 9 et 10 février les vomissements continuent; cependant le pouls se relève un peu, la face est moins altérée, le ventre moins sensible. Mais la malade s'affaiblit de plus en plus et finit par succomber le 11, à cinq heures du matin.

Autopsie. — Le ventre étant ouvert, on trouve les intestins agglutinés les uns aux autres par une matière d'un blanc jaunâtre, mais sans adhérences; dans leurs interstices et dans le petit bassin est un liquide purulent de même coloration.

L'ovaire gauche, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, est transformé en une poche qui incisée laisse écouler un liquide purulent; une membrane pyogénique assez ancienne

si on en juge par son organisation, tapisse les parois de cette cavité.

L'extrémité de la trompe correspondante est très-adhérente à l'ovaire ; elle est dilatée, contient également du pus, et une petite masse de matière fibrineuse, probablement aussi de nature inflammatoire. Cette cavité est évidemment formée par le conduit de la trompe, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en faisant pénétrer une soie de sanglier qui s'arrête à trois centimètres de la paroi utérine.

L'ovaire droit est ridé, ratatiné, couvert de cicatrices ; la trompe du même côté est un peu tuméfiée et hypertrophiée.

La surface de l'utérus est tout à fait lisse, sans bosselure, et ne présente aucune trace de corps fibreux ; ce que M. Richet avait constaté pendant la vie.

Il offre un volume considérable ; son diamètre transversal entre les trompes est de 0^m,070 ; de l'extrémité du col à son bord supérieur, il mesure 0^m,085 ; et après avoir été fendu suivant sa longueur, 0^m,070 du fonds de l'utérus à l'extrémité du col.

Cette coupe de l'utérus nous montre encore l'absence de corps fibreux dans ses parois.

La cavité utérine offre une rougeur assez vive, arborescente, surtout en approchant de l'orifice interne du col. L'insertion du polype avait lieu tout à fait dans le fond de l'utérus, un peu à droite près de l'orifice de la trompe. Cette insertion se présente sous la forme d'un champignon, saillant de huit à dix millimètres à la surface de la muqueuse, ayant deux centimètres de diamètre. Les bords de ce pédicule relevés forment une petite cavité pouvant contenir une noisette ; ils sont légèrement indurés, rougeâtres, et formés évidemment par la muqueuse utérine hypertrophiée, ainsi qu'on s'en assure par une coupe.

Si l'on compare la longueur du pédicule à la longueur de la cavité du corps de l'utérus qui est de 4^m,045, il est facile de voir que ce pédicule a déjà subi un retrait considérable ; en effet, sa longueur, avant l'extraction, devait être égale à celle de cette même cavité, c'est-à-dire quarante-cinq millim. environ, puisque le polype était tout à fait sorti de l'utérus.

Ce pédicule aurait donc fini par disparaître, par être résorbé, et la malade aurait guéri, car nous n'avons trouvé aucun autre corps fibreux en voie de développement.

Malheureusement, les annexes de l'utérus étaient malades et furent le point de départ d'une péritonite qui emporta la malade.

RAMOLLISSEMENT DU LOBE DROIT DU CERVELET. — HÉMIPLÉGIE
ALTERNE. — Observations et réflexions, par le D^r L. MARTI-
NEAU, interne des hôpitaux.

X... (Catherine), âgée de quarante-cinq ans, domestique, entre le 25 janvier, à l'hôpital de la Charité, salle saint Vincent, service de M. le professeur Natalis Guillot.

Cette femme, d'une forte constitution, toujours bien réglée, (dernier écoulement menstruel le jour de son entrée à l'hôpital) raconte qu'il y a un mois elle est tombée la face contre terre; elle s'est relevée immédiatement, et n'a éprouvé rien d'extraordinaire, pas de paralysie; pas même de faiblesse.

Quelques jours avant son entrée, elle a été prise d'étourdissements, accompagnés de céphalalgie et de vomissements. Ces phénomènes continuant, elle entre à l'hôpital. On constate ces mêmes symptômes. L'intelligence est nette, il n'existe pas de paralysie; la sensibilité, de même, est conservée.

Le 2 février, en même temps que les vomissements et la céphalalgie persistent avec la même acuité, on constate une paralysie faciale droite: la commissure labiale est abaissée de ce côté, et la salive tend à s'écouler par cette commissure. Les paupières ne participent pas à cette paralysie; la sensibilité est intacte. L'intelligence est conservée; la malade comprend tout ce qu'on lui demande et répond très bien aux questions. Les autres parties du corps ne sont pas paralysées. La malade étant levée marche péniblement; elle se sent faiblir; mais elle ne présente pas de défaut de coordination dans les mouvements.

Les fonctions digestives ne présentent rien d'anormal, si

ce n'est une grande exagération dans l'appétit. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Les jours suivants : la paralysie faciale droite devient de plus en plus évidente, l'intelligence est toujours conservée ; la céphalalgie persiste avec une acuité extraordinaire ; aussi la malade pousse continuellement des cris.

Le 16 février il se déclare un strabisme convergent de l'œil droit ; les paupières jouissent de tous leurs mouvements, la pupille droite est dilatée, et semble insensible à toutes les excitations, les vomissements continuent toujours.

Le 20 février, en même temps que les phénomènes précédents, on constate une paralysie du mouvement, portant sur le bras et le membre inférieur gauche. Cette paralysie d'abord est incomplète, puis complète le 9 mars ; en même temps, on constate à cette époque de la contracture dans le membre supérieur gauche ; l'avant-bras est à demi-fléchi sur le bras, le pouce de la main fléchi sur la face palmaire. Cette contracture est assez difficile à vaincre, et une fois vaincue, les parties reprennent aussitôt leur position fléchie, la sensibilité est conservée, ainsi que le mouvement réflexe. L'intelligence reste intacte. L'appétit est toujours dévorant ; et les vomissements sont pour ainsi dire continus. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Par suite des vomissements continuels, les matières rendues tombant toujours à droite, il se forme un érythème sur la joue droite et sur la portion supérieure du thorax. Les matières vomies sont tellement acides, que M. Natalis Guillot n'hésite pas à leur attribuer cet érythème. Il pense que sous l'influence du suc gastrique constamment rejeté au dehors, il se produit une digestion des couches superficielles du derme.

Le 16 mars, la malade meurt sans avoir présenté d'autres phénomènes que ceux relatés plus haut.

Autopsie. Les méninges et le cerveau ne présentent aucune altération apparente à la vue, malgré le soin extrême apporté à cette étude. Il en est de même de la moelle allongée, bulbe rachidien et protubérance annulaire.

Le lobe droit du cervelet présente un ramollissement por-

la paralysie croisée. Quand la paralysie est directe, dit M. Andral, il y a en même temps qu'une altération cérébelleuse, une altération cérébrale siégeant dans l'hémisphère opposé. Notre fait, comme on le voit, vient entièrement corroborer la manière de voir de notre maître : lésion cérébelleuse à droite, paralysie à gauche. Quant à la paralysie faciale droite existant du même côté que l'altération cérébelleuse, paralysie par conséquent directe, nous ne trouvons pas dans une altération cérébrale à gauche ou bien dans une lésion de la portion dure du nerf facial, l'explication de ce phénomène. Les docteurs Leven et A. Ollivier rapportent dans leur travail sur la physiologie du cervelet deux observations où l'hémiplégie a été directe. Ils signalent, en outre, deux faits, l'un dû à Plaucus, l'autre à M. le professeur Rostan, où la paralysie a été directe. Mais aucun de ces auteurs ne signale la paralysie alterne. Dans la deuxième observation de leur travail, nous voyons un enfant de quinze ans, à l'autopsie duquel on a trouvé une lésion cérébelleuse droite avec ramollissement de la moitié droite du plancher du quatrième ventricule. Pendant la vie il existait un strabisme de l'œil gauche, (fait normal dans les altérations du cervelet, par conséquent, paralysie croisée par rapport à la lésion cérébelleuse); mais en même temps, il existait une légère hémiplégie faciale droite, paralysie directe, comme dans notre observation. Ce fait peut, jusqu'à un certain point, être rapproché du nôtre. En effet, il y a une paralysie croisée et une paralysie faciale directe, autrement dit, il y a une paralysie alterne. Seulement, dans le fait rapporté par MM. Leven et Ollivier, nous trouvons dans la lésion du plancher du quatrième ventricule l'application de la paralysie faciale directe. Dans notre observation, au contraire, pareille lésion ne peut-être invoquée. Nous retombons donc dans un fait anormal, et nous ne trouvons dans l'autopsie qui a été faite avec tout le soin possible, rien qui ne puisse nous en rendre compte. Aussi nous contentons-nous, pour aujourd'hui de le livrer à la méditation des physiologistes.

La contracture que nous avons observée dans les parties paralysées, dans les membres supérieur et inférieur, est, de

même, un fait assez anormal dans les lésions cérébelleuses surtout dans l'hémorrhagie. Toutefois on l'a encore assez souvent observée dans le ramollissement aigu, indépendamment de toute autre lésion cérébrale, M. Hillairet signale les convulsions quand le sang épanché entraîne l'inflammation de la substance cérébelleuse environnante. MM. Leven et Ollivier signalent de même les convulsions et la contracture dans le cas de tumeur cérébelleuse ayant entraîné l'inflammation de la substance environnante. Ils rapportent enfin des faits où il n'y avait qu'un ramollissement. Du reste, les Bulletins de la Société anatomique en contiennent quelques-uns. Aussi avais-je bien raison de dire que la contracture et les convulsions ne sont pas aussi rares dans les lésions cérébelleuses, indépendantes des autres lésions cérébrales que quelques auteurs l'ont prétendu. Le fait que nous avons observé vient confirmer notre manière de voir. Telles sont les quelques réflexions que j'ai cru devoir soumettre aux pathologistes et aux physiologistes, à propos de la malade que j'ai observée. Me bornant simplement à indiquer les quelques points litigieux que ce fait pourrait soulever, je n'ai pas voulu en faire une discussion approfondie, ni l'examiner sous toutes ses faces.

CONGÉLATION D'UN INDIVIDU PENDANT L'INTOXICATION ALCOOLIQUE.

— PARALYSIE DES QUATRE MEMBRES, ET EN PARTICULIER DES MEMBRES INFÉRIEURS, DE LA VESSIE, DU RECTUM. — ABOLITION DE LA SENSIBILITÉ ET DE LA CONTRACTILITÉ ÉLECTRO-MUSCULAIRE DANS LES MEMBRES INFÉRIEURS. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE. — MORT. — RAMOLLISSEMENT D'UNE PORTION DE LA MOELLE CERVICALE. — PRODUITS PLASTIQUES SUR L'ARACHNOÏDE VISCÉRALE. — Observation par M. le docteur Auguste VOISIN.

Au numéro 16 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Taberly, âgé de cinquante-cinq ans, horloger. Les renseignements suivants sont fournis par le malade :

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie, en cinq minu-

tes à peu près; sa mère a succombé à une maladie de poitrine. Bonne santé habituelle.

En 1848, étant en Afrique, maladie d'un mois caractérisée en particulier par des vomissements de toute espèce d'ingesta, et traitée par des sangsues à l'épigastre. Pas d'habitudes alcooliques invétérées.

Il y a quatre jours, le 1^{er} janvier, il s'est livré, chez un ami, à quelques excès, consistant en café et cinq à six verres d'eau-de-vie; il lui a été impossible de regagner son domicile, et a passé la nuit dans un corridor ouvert à tous les vents; et n'a eu pour se couvrir qu'une simple couverture de coton. La nuit était très froide (le thermomètre marquait dix à douze degrés au dessous de zéro), et le lendemain matin, cet homme n'a pu se lever, et s'est plaint d'un froid considérable de tout le corps. C'est alors qu'on le transporte sur un brancard chez lui, puis après quatre jours, à l'hôpital de la Charité, où il entre le 5 janvier 1864.

Etat au moment de son entrée. — Décubitus dorsal, face pâle, yeux cernés, mouvements des paupières libres; mémoire entièrement conservée, intelligence saine. Le jugement, la conscience de sa position sont absolument nets; il raconte d'une façon précise ce qu'il a éprouvé une partie de la nuit, à partir du moment où le sommeil ébrié a cessé; le froid intense qu'il a éprouvé, l'impossibilité de mouvoir ses membres: la parole est facile.

Les mouvements des lèvres se font normalement; langue rougeâtre, non déviée. Pas de soif.

Les deux mains sont placées sur la poitrine; contracture des muscles des avant-bras, et surtout des bras, rendant l'extension absolue impossible. Le malade peut éloigner les mains et les avant-bras du tronc, mais dans des limites restreintes. La distance extrême entre les mains et le tronc est alors de 15 à 20 centimètres. Il ne peut mettre la main à la tête. Les mouvements des bras sont à peu près nuls. Peau des membres supérieurs notablement refroidie.

Température dans la paume des mains 27°

Dans les aisselles 37°

La sensibilité aux piqûres, au toucher, les sensations de

poids, de température, la sensibilité musculaire sont normales aux membres supérieurs.

La motilité est absente dans les membres inférieurs, qui sont un peu raides; c'est à peine si le malade peut imprimer quelques mouvements à ses doigts de pieds, même lorsqu'on provoque avec la flamme d'une bougie une brûlure que le malade perçoit très nettement.

La température des membres inférieurs est au-dessous de l'état normal :

Entre les deux cuisses rapprochées, 31°

Entre les deux mollets rapprochés, 27°

Entre les doigts de pieds, 17°.

Les pieds glacent la main de l'observateur.

Sensibilité aux piqûres, au toucher; sensation de température, de froid conservées aux membres inférieurs; fourmillements et sensation d'engourdissement dans les deux pieds (faces dorsale et plantaire).

Mouvements réflexes faciles à produire aux membres inférieurs.

Écoulement involontaire de l'urine; le besoin d'uriner fait complètement défaut : selles involontaires.

Bruits du cœur sourds, impulsion à peine sensible; le champ de matité du cœur est de onze centimètres en longueur, de neuf centimètres en largeur. Souffle systolique fort, mais de caractère doux à la base du cœur.

Pouls chétif, très dépressible à la moindre pression, régulier, battant cinquante-six fois par minute.

Traitement. — Sinapismes répétés sur la colonne vertébrale et les membres; ventouses sèches (trente par jour) le long de la colonne vertébrale.

Bouillons, potages, limonade vineuse.

6. La chaleur des membres est revenue, plutôt un peu exagérée. Même écoulement involontaire d'urine et de fèces; même contracture des bras et des jambes, même paralysie de la motilité; impossibilité de s'asseoir dans son lit. Douleurs le long des vertèbres dorsales. Un peu de raideur du cou.

Le pouls s'est relevé; soixante-quatre pulsations.

7. Sensation de froid aux pieds, mouvements de la main gauche un peu moins limités. Soif intense; peau du tronc, de la tête, donnant une chaleur exagérée.

Raideur des muscles des membres supérieurs et du cou; difficulté d'étendre les bras et les avant-bras: intelligence à peu près complètement saine.

8. Engourdissement continu, très douloureux dans les quatre membres; par intervalles, douleurs fulgurantes dans les membres et le cou. Contracture des muscles des bras, des épaules, du cou et des membres inférieurs; la peau est partout d'une chaleur un peu exagérée et sèche: 39° à $39^{\circ} 1/2$.

Rétention d'urine, constipation, un peu de somnolence.

Quatre-vingt-quatre pulsations de force moyenne. Toute la nuit le malade s'est plaint de son engourdissement, du malaise où le met son immobilité forcée.

Soir. OEdème des deux pieds. Les draps sont mouillés d'urine: le malade urine par regorgement, la vessie est pleine et nécessite deux fois par jour le cathétérisme. Conservation de l'intelligence.

9. Douleurs dans les membres, dans la région lombaire: l'urine est un peu sanguinolente et très muqueuse.

Soir. Sensibilité électro-musculaire très diminuée aux membres inférieurs, surtout à gauche. La contractilité électro-musculaire est de même amoindrie, et davantage à gauche; les contractions ne se produisent qu'après quelques secondes.

Aux membres supérieurs, phénomènes électriques normaux. Urine acide, un peu sanguinolente; commencement d'escarre au sacrum, sous forme de plaques noirâtres. Ecoulement involontaire des fèces et des urines.

10. Le matin, frissons; le malade s'occupe de tout ce qui se passe autour de lui; sa parole est nerveuse: un peu d'exaltation et d'excitation intellectuelle; par moments il éprouve un peu de difficulté à rendre sa pensée.

Persistance des douleurs fulgurantes des membres, de l'engourdissement de la plante des pieds. Troubles de la sensibilité cutanée; ainsi, quand on tire les poils des membres inférieurs, il croit qu'on le pince; de même, quand on pratique un simple frottement sur la peau des membres inférieurs. Le

frottement des doigts est bien perçu aux membres supérieurs. OEdème du scrotum, du prépuce, des deux pieds et des jambes.

Chaleur sèche, exagérée, de la peau : soixante-huit pulsations de moyenne force. Douleurs disséminées dans les deux régions scapulo-humérales, plus vives à la pression.

Cathétérisme deux fois par jour, suivi d'une injection d'eau froide dans la vessie.

Somnolence. Peau chaude, moite ; Pouls fort, résistant. 88 pulsations. Nuit calme, un peu de sommeil. Plus de douleurs fulgurantes. La pression même la plus légère des masses musculaires des membres et du tronc provoque une vive douleur.

Pupilles égales d'un diamètre moyen.

12 même état douloureux des masses musculaires.

Le malade a parlé toute la journée. Il urine par regorgement. L'urine est très-rouge, renfermant beaucoup de mucus, peu acide ; le papier bleu de Tournesol ne rougit que peu à peu.

13, même état. Peau chaude.

15, le malade s'affaiblit, perd la conscience de son état. La peau prend une teinte d'un jaune clair.

Hyperesthésie des masses musculaires. 64 pulsations.

Sensibilité électro-musculaire normale au tronc, aux membres supérieurs, presque nulle aux cuisses, nulle aux jambes et aux pieds. Contractilité électro-musculaire nulle aux jambes et aux pieds, presque nulle aux cuisses, diminuée aux membres supérieurs, normale au tronc et à la face.

18, affaiblissement de plus en plus prononcé. Plaintes continues.

19, paralysie de la motilité complète aux membres inférieurs ; les mouvements des membres supérieurs sont limités. Insensibilité à la douleur complète aux membres inférieurs. Conservation de la sensibilité à la douleur aux membres supérieurs, à la face et à la moitié supérieure du tronc. A la moitié inférieure diminution de la sensibilité.

Mouvements réflexes absents dans les membres inférieurs.

La respiration offre le type abdominal. Les côtes sont presque immobiles pendant l'inspiration.

20, respiration accélérée ; 48 respirat, saccadées. 96 puls.

La pression des muscles des membres est douloureuse.

Écoulement involontaire des urines et des fèces.

Le soir engouement pulmonaire, râle, agonie de deux heures et mort à huit heures du soir.

Autopsie. — Moelle. — La moelle est enlevée du canal rachidien avec la dure-mère. Puis la dure-mère est ouverte; ses deux faces ne présentent rien d'anormal.

La pie-mère ne présente pas une vascularisation anormale. Partout elle est, ainsi que l'arachnoïde, très-transparente, sauf dans la moitié inférieure de sa portion cervicale et le commencement de sa portion dorsale où les membranes offrent une teinte légèrement jaunâtre, un aspect demi-opaque qui en diminue la transparence, et empêche d'apercevoir comme ailleurs la teinte blanche de la moelle.

Dans cette moitié inférieure, la moelle est un peu plus large que dans les autres points, et pour ainsi dire épatée; l'arachnoïde viscérale présente en cette partie une teinte opaline, qui n'empêche pas tout à fait la transparence, et dans quelques points des flocons bien blancs accolés à sa face viscérale. Avec la loupe on constate aussi que la teinte opaline est constituée par des produits plastiques blancs accolés à la face interne de l'arachnoïde viscérale.

Les racines antérieures et postérieures des nerfs ont un volume normal.

Si à partir de la protubérance on pratique un grand nombre de coupes très-minces, on arrive, après une longueur de quatre centim. sept mill. à une portion un peu ramollie, et en poursuivant les coupes, on découvre après un trajet d'un centim. et deux à trois millim., un ramollissement très-considérable occupant surtout les parties centrales de la moelle qui présente en ce point une sorte de cavité.

A ce niveau, la substance médullaire réduite en bouillie, d'une couleur gris-rougeâtre, s'enlève un peu sous l'action du filet d'eau; l'état de bouillie existe surtout dans les parties centrales, mais toute la tranche est ramollie à des degrés variables.

Cet état se voit dans une longueur d'un centimètre au plus.

La moelle épinière examinée d'abord sur une coupe fraîche puis sur des coupes durcies dans l'alcool et l'acide chromique, ne nous a permis de voir aucune autre altération que la congélation des vaisseaux sanguins. Il n'y avait pas une plus grande proportion de névroglie, ni de corpuscules amyloïdes.

Cerveau. — Les méninges cérébrales sont un peu épaissies dans toute leur étendue; on y trouve, cependant quelques plaques opalines à la convexité et à la base de l'organe. La toile arachnoïdienne qui couvre l'espace interpédonculaire est toute blanche.

Pas d'adhérences entre les méninges et la substance corticale.

Les ventricules latéraux renferment un verre de sérosité sanguinolente.

Un peu de piqueté dans la substance cérébrale. Nulle part sa consistance n'est diminuée.

Cœur. — Très gras dans sa partie droite. Les orifices sont sains.

Le foie est généralement jaunâtre; de plus, on voit à sa surface des plaques graisseuses. Diminution de consistance de l'organe. Peu de sang y est contenu.

Reins. Leur substance est décolorée et jaunâtre.

La vessie présente un certain nombre de colonies vers sa face postérieure.

Engouement pulmonaire.

Ont été nommés :

Membres adjoints. MM. D'HELLY.
RANVIER,
DAMASCHINO,
BOUCHARD.
Membre titulaire : M. BROUARDEL.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Polype fibreux de l'estomac. — 2. Fracture de la base du crâne. — 3. Cancer du col utérin. — 4. Rupture du foie. — 5. Emphysème du poumon et du médiastin. — 6. Concrétions intestinales. — 7. Fausses membranes obtenues expérimentalement sur un chien. — 8. Tumeur fibro-plastique de la dure-mère. — 9. Mal de Pott. — 10. Abscès du cerveau. — 11. Tumeur blanche du coude. — 12. Diathèses tuberculeuse et cancéreuse développées simultanément. — 13. Phthisie miliaire. — 14. Tumeur fibro-plastique de la dure-mère. — 15. Adénome mammaire. — 16. Cancer du testicule.

Note sur un cas de vice de conformation : ouverture du rectum à la partie postérieure de la vulve entre l'hymen et la fourchette. Absence de vésicule biliaire. Hernie ombilicale étranglée. Mort. Autopsie par M. de Font-Réaulx.

OBSERVATIONS : Anévrysme de la crosse de l'aorte. Oblitération des branches qui en naissent. Déplacement du cœur. Compression de la trachée, mort, autopsie, par M. Duguet, interne des hôpitaux.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. Compression de la veine-cave supérieure et oblitération partielle de cette veine. Mort. Autopsie par M. Hayem, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. Liouville met sous les yeux de la société l'estomac d'une femme de 68 ans qui a succombé à une congestion pulmonaire très-avancée.

On y voit sur la face externe, au niveau du grand cul-de-sac, un *polype fibreux* de la grosseur d'une noisette développé entre les fibres de l'estomac, et qui, au microscope paraît formé de fibres musculaires.

M. Cruveilhier émet quelques doutes sur la nature de ce produit; il croit plutôt que c'est un ganglion lymphatique, car

cette petite tumeur paraît détachée de la paroi stomacale, et située sous le péritoine.

M. Colard présente une fracture de la base du crâne et donne les détails suivants :

Augustine d'Hardiville, âgée de 28 ans, épileptique, est apportée à l'infirmerie de la Salpêtrière le 8 mars 1864, à neuf heures et demie, pour une plaie contuse du front qu'elle s'est faite en tombant au moment d'une attaque, à huit heures et demie. La plaie est située au-dessus de l'arcade sourcilière gauche ; les paupières du même côté sont ecchymosées ; pas d'ecchymose conjonctivale. Écoulement de sang par l'oreille droite et par les deux narines ; pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien. La malade est plongée dans un coma très-profond ; pas de convulsions ; il existe seulement un peu de rétraction du gros orteil gauche ; en pinçant fortement la peau des membres inférieurs, on détermine quelques mouvements ; la sensibilité est complètement abolie dans les membres supérieurs.

Les pupilles sont dilatées, surtout la droite, et immobiles. Pouls lent (40 à 50 pulsations). Mort à onze heures et demie, trois heures après l'accident.

Autopsie le 10 mars. — Fracture de la base du crâne, née au niveau de la plaie, traversant la fosse orbitaire, la lame criblée, le sinus sphénoïdal, le rocher dans sa largeur en suivant la gouttière du nerf pétreux superficiel. Arrivée à la réunion des deux tiers internes avec le tiers externe de l'axe du rocher, la fracture se bifurque et devient transversale ; elle pénètre dans le conduit auditif externe. La membrane du tympan est déchirée en haut et décollée à son centre.

Un épanchement considérable de sang comprime la face externe de l'hémisphère droit.

Sur le bord supérieur de l'hémisphère droit, au niveau de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando, on observe deux tumeurs dures ossiformes, irrégulièrement configurées, contiguës, mais non adhérentes entre elles. L'une est plongée au

milieu de la substance cérébrale à laquelle elle n'adhère que très-faiblement; l'autre est liée à la dure-mère par de nombreux tractus fibreux, et adhère immédiatement à cette membrane par sa partie centrale.

L'examen des autres portions de la dure-mère, ne révèle la présence d'aucune autre tumeur.

Le cerveau est généralement peu consistant, les parties voisines de la tumeur sont contuses; ce qui coïncide vraisemblablement avec la contracture de l'orteil gauche que nous avons mentionnée.

Enfin, on observe une différence de poids considérable entre les deux hémisphères; le droit pèse 30 grammes de moins que le gauche.

L'examen microscopique des tumeurs n'y a pas révélé la présence de corpuscules osseux.

M. Perruchot montre un *col utérin cancéreux* provenant d'une jeune femme de vingt ans, et qui a été enlevé par M. Verneuil au moyen de l'écraseur linéaire.

L'opération n'a pas compris toutes les parties malades, et il reste trois noyaux développés dans la lèvre antérieure, la seule qui fut altérée.

M. Ranvier : Je crois que l'examen à l'œil nu permet de reconnaître la nature de ce produit.

C'est une tumeur glandulaire, utéro-vasculaire selon la dénomination de M. Huguier.

Et j'ai peine à croire que l'examen microscopique ne donne pas un résultat conforme à cette opinion.

Examen microscopique, fait par M. Cornil :

La tumeur que nous avons examinée appartenait à la lèvre inférieure du col et possédait du côté de la surface muqueuse avec laquelle elle se continuait, une surface lisse, parcourue seulement par des lignes légèrement saillantes, longitudinales, entre lesquelles se trouvaient de très petites dépressions. Cette surface avait à l'œil nu les caractères

d'une muqueuse; elle se prolongeait sur presque tout le bourgeon de nouvelle formation excepté au bord libre et à la partie postérieure où la muqueuse de la portion vaginale du col présentait un développement bourgeonnant de ses papilles, sans ulcérations; elle avait, en effet, au microscope, les caractères de la muqueuse du col. Elle a été étudiée sur des coupes parallèles et normales à sa surface; dans le premier mode d'examen, on voyait les orifices des glandes qui s'y ouvraient; ces glandes possédaient une couche simple d'épithélium cylindrique appliquée à la paroi glandulaire, et à leur milieu de l'épithélium, prismatique ou sphérique, ou de forme indifférente. Sur les coupes perpendiculaires à la muqueuse, on voyait des papilles en assez grand nombre, de volume normal, revêtues ainsi que la couche superficielle de la muqueuse par un épithélium cylindrique, et sur cette surface aboutissaient les conduits glandulaires des follicules composés, exactement semblables quant à leur disposition générale et à leurs éléments cellulaires, aux glandes de la muqueuse du col. Au-dessous de cette couche épaisse d'un millimètre environ, se trouvait le tissu de nouvelle formation dont l'aspect sur des coupes rappelait parfois par la disposition de ses éléments en faisceau de fibres entrecroisées le tissu musculaire normal du col; mais dans d'autres points on avait sur une coupe de ce tissu un liquide terne blanchâtre qui contenait en grande quantité des éléments cellulaires libres; ces éléments consistaient en épithélium prismatique, ou à deux ou plusieurs prolongements avec de gros noyaux et des nucléoles brillants. On y trouvait aussi une assez grande quantité de noyaux libres et quelques leucocytes. Ces éléments étaient bien situés dans le tissu sous-muqueux, et la muqueuse analogue à celle du col qui recouvrait la tumeur était saine.

Le tissu d'où provenait le liquide cancéreux était composé d'aréoles mal limitées et irrégulières, généralement très petits, dans l'intérieur desquels se trouvaient isolés ou groupés sans ordre les éléments précédents. La trame de tissu conjonctif de nouvelle formation qui formait ces alvéoles possédait des noyaux de tissu conjonctif.

Cet examen microscopique est très instructif, car il nous

montre le début d'un cancer de l'utérus dans le tissu muqueux avec conservation de la muqueuse intra-cavitaire du col.

4. M. *Ledentu* présente une *déchirure du foie*, qui a été produite par le passage d'un omnibus.

Le malade présentait à son entrée à l'hôpital quelques heures après l'accident une fracture de plusieurs côtes, un emphysème des parois thoraciques et abdominales à droite, un peu de péritonite localisée avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. Mais on ne reconnut pas la rupture du foie : il n'y avait pas d'ictère.

A l'autopsie on a trouvé :

Les quatre dernières côtes fracturées à droite.

Une déchirure du poumon au niveau de la neuvième côte. Une déchirure du foie siégeant à la partie supérieure de la face de l'organe et en occupant toute l'épaisseur.

Les caractères de la déchirure sont les suivants : Elle est complète, très étendue, et présente une direction transversale par rapport à l'axe du corps, tandis que dans la plupart des faits de ce genre qui ont été rapportés, la solution de continuité avait une direction soit oblique soit antéro-postérieure.

5. M. *Lemaire* montre les *deux poumons emphysémateux* d'une petite fille de six ans qui, ayant contracté une pneumonie dans le cours d'une fièvre typhoïde, a succombé quatre jours après.

On voit les deux poumons très congestionnés, les lobes inférieurs hépatisés. Il existe un emphysème intra-vésiculaire disposé par plaques irrégulières, surtout aux lobes supérieurs, de plus un emphysème extra-vésiculaire sous-pleural très prononcé, surtout vers la racine du poumon. En ce point existe une série de grosses bulles dont quelques-unes ont le volume d'une noix. A la surface du péricarde et de tout le tissu cellulaire du médiastin se trouvent des groupes de vésicules aériennes qui rappellent tout-à-fait l'aspect du tissu cellulaire insufflé des viandes de boucherie.

M. Laborde : Cette pièce prouve que l'emphysème peut survenir spontanément à la suite de quintes de toux. Je pense qu'on doit expliquer de la même façon les emphysèmes sous-cutanés qu'on a rencontrés dans les fièvres typhoïdes (Vogel en a rassemblé douze cas) et qu'on a attribués à la formation spontanée de gaz dus à l'existence d'un élément septique.

M. Durand-Fardel : J'ai peine à croire que l'emphysème dans ce cas soit dû uniquement aux quintes de toux, je pense qu'il faut invoquer aussi une autre cause, la modification du tissu pulmonaire, sous l'influence de la maladie générale.

● M. Durand-Fardel met sous les yeux de la société des *concrétions intestinales*, expulsées par une dame de quarante ans, jouissant actuellement d'une assez bonne santé, mais qui a eu autrefois des coliques hépatiques et rend habituellement du sable.

Ces concrétions présentent les caractères suivants. Elles sont au nombre de 15 environ, on dirait des amandes desséchées, des semences de citrouilles; elles sont très dures, et présentent à leur centre un noyau parfois très petit, qui rappelle tout-à-fait un pépin de fruit.

L'analyse chimique a été faite par M. Lefort qui n'y a trouvé ni phosphate de chaux, ni matière colorante de la bile, mais uniquement de l'albumine.

M. Després fait remarquer que ces concrétions se partagent facilement à la coupe en parties symétriques, et croit que ce sont des graines.

L'examen histologique fait par M. Luys a donné les résultats suivants : il s'agit bien ici d'un tissu végétal, car on y trouve des cellules de tissu ligneux, des vaisseaux ponctués et de la chlorophylle altérée.

▼ M. Laborde montre des *fausses membranes* ressemblant tout-à-fait par l'aspect à des productions diphthériques provenant d'un chien d'un mois chez lequel on avait essayé de pratiquer l'opération de la trachéotomie. La trachée n'a pas été incisée, et la canule, introduite dans le tissu cellulaire prétrachéal

est restée en place 24 heures; mais la présence de ce corps étranger a suffi pour favoriser la production de néo-membranes.

On sait, dit M. Laborde, qu'il y a des enfants qui à la suite de trachéotomie dans le croup sont forcés de garder la canule pendant 2 à 3 mois, et rendent des fausses membranes qu'on a attribuées à la persistance de la maladie, cause première, la diphthérie. Or, après avoir examiné les fausses membranes rendues dans ces conditions, j'y ai trouvé une notable différence avec les fausses membranes diphthériques. Ces productions contiennent des fibrilles, du tissu cellulaire abondant et de nombreux débris d'épithélium. Je crois que dans ces cas ces néo-membranes sont dues à l'irritation produite par la présence de la canule dans l'intérieur de la trachée, et l'expérience que je viens de rapporter vient tout-à-fait à l'appui de cette opinion.

M. *Bricheteau*. Si j'ai bien compris M. Laborde, toutes les fois qu'à la suite de la trachéotomie faite dans le croup, un enfant qui garde la canule pendant 2 à 3 mois expulse des fausses membranes qui ne sont dues qu'à l'irritation produite par la présence de ce corps étranger. Or, je ne crois pas que cette explication puisse être admise dans tous les cas; car j'ai vu à l'hôpital des enfants, un petit opéré qui a gardé sa canule pendant 3 mois et demi. Pendant le jour on la retirait; mais dès que venait le sommeil du soir, l'enfant suffoquait, et il fallait refaire une nouvelle opération pour réintroduire la canule. Or, cet enfant, qui ne rendait pas de fausses membranes d'habitude, expulsa un jour un petit bouchon pseudo-membraneux, et à partir de ce jour, il fut radicalement guéri.

La persistance de la canule peut très bien s'expliquer par la présence d'une production diphthéritique plus tenace que les autres, et qui suffit à elle seule pour gêner le passage de l'air.

M. *Chassaignac*. J'ai vu des malades à la suite de la trachéotomie, garder pendant plusieurs années la canule, et cela sans accidents.

Je crois que la présence de la canule ne fait de mal que les premiers jours, et une fois ce temps passé, elle est parfaitement supportée.

M. Laborde. Si les adultes supportent bien la canule, il n'en est pas de même des enfants, et je crois qu'il faut chercher à l'enlever le plus tôt possible. Je ne prétends pas que sous l'influence de ce corps étranger dans l'intérieur de la trachée, il se produise des néo-membranes d'une façon constante et absolue; mais tous les enfants que j'ai observés et qui gardaient longtemps la canule, rendaient des fausses membranes. Dans le fait de M. Bricheteau, je regrette que l'examen microscopique du produit expulsé n'ait pas été fait, car je le regarde comme confirmant ma manière de voir.

M. Blachez dit qu'il y a à la Charité un malade qui porte une canule depuis plusieurs mois et qui n'en est pas incommodé.

M. Simon rappelle qu'il a fait à Bicêtre l'autopsie, d'un homme qui avait depuis longtemps une canule à demeure, et que ni dans le larynx, ni dans la trachée, il n'existait de fausses membranes.

M. Hayem présente une *tumeur fibro-plastique de la dure-mère*, et remet l'observation suivante :

Lejeune, âgé de 74 ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre, le 4 février 1884, pour une affection du cœur.

On ne trouve rien dans ses antécédents qui puisse faire songer à une affection cérébrale. Il était à Bicêtre depuis juin 1854, comme indigent et vieillard, et on l'avait placé dans une des divisions de valides.

Son affection du cœur, dans les détails de laquelle je n'entre pas, fait des progrès très rapides, et le 18 février on est étonné de trouver le malade paralysé du côté gauche. La motilité est presque complètement abolie, la sensibilité est intacte. Le malade assure qu'il n'a pas perdu connaissance; la paralysie faciale est très nettement accusée, la langue est déviée du côté paralysé; il n'y a pas d'embarras de la parole, pas de trouble de l'intelligence, pas de céphalalgie; un peu de lenteur dans les réponses; mais il faut tenir compte de l'affaiblissement du malade.

Les jours suivants, les signes restent les mêmes; l'intelli-

gence est toujours intacte; il y a toujours hémiplegie à peu près complète du côté gauche. Le malade meurt dans la nuit du 4 au 5 mars.

Autopsie faite le 6 mars au matin.

Encéphale. — La boîte crânienne est creusée de sillons profonds qui correspondent à des vaisseaux de la dure-mère plus volumineux qu'à l'état normal. Dans la partie du lobe frontal droit qui répond à la rencontre de la voûte orbitaire et à deux centimètres en dehors de la crête frontale, on voit une fossette assez profonde, creusée dans l'os et diminuant son épaisseur à ce niveau. A l'extérieur du frontal on ne voit rien.

La dure-mère adhère au crâne, surtout à gauche. En l'incisant et en l'enlevant de la surface du cerveau, on découvre une tumeur volumineuse à la partie frontale et supérieure de l'hémisphère droit. Cette tumeur a une forme ovoïde, à grand diamètre à peu près antéro-postérieur; elle a le volume de la moitié du poing, elle mesure onze centimètres de long, huit et demi de large, six centimètres dans sa plus grande profondeur. La couleur est rosée, blanche, granulée, sa consistance supérieure à celle du cerveau; elle est plutôt friable que molle ou pulpeuse, sa déchirure est granuleuse.

La surface de la tumeur est lisse, recouverte partout d'une mince membrane cellulo-vasculaire; l'arachnoïde viscérale semble passer sur elle comme sur une circonvolution.

En la disséquant, on voit qu'elle est juxtaposée aux circonvolutions cérébrales de la partie interne et supérieure du lobe frontal, qui sont pressées et aplaties; d'autre part, la face inférieure de la tumeur a pris l'empreinte des circonvolutions comprimées. Autour de la tumeur, l'arachnoïde viscérale est opaline et soulevée par des vaisseaux sinueux, volumineux, qui quittent en certains points les sillons pour se porter sur elle. Ils sont accompagnés de veines volumineuses et gorgées de sang. Tout autour, la substance nerveuse manque de consistance; mais on retrouve cette particularité dans tout le reste de l'encéphale, qui d'ailleurs est exempt d'autres lésions. A la face supérieure de la tumeur et à la partie antérieure, se voit un petit mamelon gros comme une noisette, qui était adhérent à la dure-mère. C'est ce mamelon qui a déterminé la fos-

sette indiquée sur le frontal; la dure-mère présente au point correspondant une sorte de cul-de-sac profond, d'où la tumeur a dû probablement partir.

En certains points la dure-mère est épaissie et rouge; on parvient à sa face inférieure, à enlever des lambeaux de fausses-membranes épaisses, qui semblent appliquées immédiatement sur elle, et qui sont recouvertes d'autre part, par une membrane vasculaire lisse, qui sur les limites des fausses membranes, se perd insensiblement à la surface intérieure de la dure-mère. La plus étendue de ces fausses membranes se trouve au niveau du pariétal gauche; elle mesure huit centimètres à peu près en tous sens. Nous allons noter maintenant ce que nous apprend l'examen microscopique :

Examen microscopique de la tumeur. — Un fragment pris au hasard montré comme élément fondamental des corps fusiformes. Ils sont entremêlés de matière amorphe granuleuse; il y a de plus des vaisseaux sanguins en petite quantité et des globules de sang libres provenant de la déchirure des capillaires.

Examen des fausses membranes. — Elles sont recouvertes d'un feuillet lisse, mince, très-vasculaire, qui se continue avec la surface interne de la dure-mère et au-dessous duquel on aperçoit une teinte jaunâtre. Elles se décollent facilement, et leur face externe, en rapport avec la dure-mère est lisse, jaunâtre, un peu rosée; on ne voit aucune expansion vasculaire provenant de la dure-mère. Il est impossible de détacher un feuillet à la face de la dure-mère, dans le point correspondant à ces fausses-membranes. Le feuillet interne présente au microscope des fibres lamineuses ordinaires, onduleuses, quelques fibres dartoïques, des vaisseaux capillaires nombreux, les uns, vides de sang, les autres pleins. Ces capillaires ont une tunique adventice dans laquelle on voit des noyaux embryo-plastiques allongés. On voit de plus de la matière colorante du sang des globules de sang libres et des cellules épithéliales pavimenteuses, avec un noyau très-net.

Au-dessous de cette membrane lamineuse et vasculaire, recouverte encore en partie de son épithélium, on trouve une couche épaisse, d'un blanc jaunâtre, décomposable en couches

stratifiées, que l'on peut séparer avec des pinces. La couche superficielle montre au microscope de la matière amorphe, vaguement fibrillaire en certains points. Dans les feuillets successifs, l'apparence fibrillaire devient plus nette et plus générale, on trouve çà et là quelques granulations graisseuses peu abondantes ; le dernier feuillet, celui qui adhère à la dure-mère, présente les mêmes éléments : il est évident que ce sont là des feuillets fibrineux ayant subi un commencement de régression graisseuse. L'acide acétique n'y fait apparaître aucune trace d'organisation. Les autres organes n'ont présenté aucune autre tumeur fibro-plastique.

9. M. Lemaire présente la *colonne vertébrale* d'un enfant de cinq ans, affecté du *mal de Pott*, qui a succombé à une bronchite généralisée.

Les renseignements manquent sur ce malade ; les seuls phénomènes observés pendant la vie sont les suivants : l'enfant n'avait pas d'abcès par congestion ; il n'accusait pas de douleurs au niveau de la gibbosité ; mais il ne pouvait se tenir sur les jambes. Pas d'anesthésie.

Cette pièce prouve la guérison du mal de Pott, sans abcès par congestion, et dans ce cas il y a eu résorption de sept vertèbres, car la première vertèbre dorsale touche la huitième. Le canal vertébral a conservé toute sa capacité ; celle-ci est même augmentée au niveau de la gibbosité.

Pas de trace de sequestre ni de cal réparateur ; seulement, à la partie antérieure de la colonne vertébrale, était un tissu lardacé formé par le ligament vertébral commun antérieur et le tissu cellulaire avoisinant. Derrière ce ligament on trouvait une substance blanchâtre ayant l'aspect du mastic.

10. M. Faure montre un *abcès du cerveau* provenant d'une femme qui avait présenté pendant la vie une hémiplégie gauche, avec céphalalgie frontale et plusieurs attaques convulsives.

L'autopsie a révélé : une congestion considérable des mé-

ninges, et à la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère droit un abcès de la grosseur d'une noix, rempli d'un pus crémeux et floconneux, et véritablement enkysté par une membrane pyogénique très résistante, dure, et comme cartilagineuse.

11. M. Painetvin met sous les yeux de la Société l'*extrémité inférieure d'un humérus* qui a été reséquée par M. Richet, et donne les détails suivants :

Froment (Amélie), vingt-huit ans, entrée le 4 février 1864 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin (service de M. Richet).

Au mois de septembre 1862, elle fit une chute violente sur le coude, le long d'un mur présentant des saillies.

Après cette chute, elle travailla trois mois sans aucune gêne ; mais peu à peu des douleurs survinrent, l'articulation augmenta de volume, se déforma ; en un mot, l'affection fit des progrès constants, malgré les divers traitements employés.

Actuellement, outre la déformation, il existe, en arrière et au-dessous de l'épicondyle, une fistule où le stylet s'enfonce profondément dans une cavité d'où on le retire assez difficilement, et il donne la sensation d'un corps dur et rugueux.

Le 13 février, résection de l'extrémité inférieure de l'humérus ; la peau est incisée d'après le procédé de Roux.

Tout va bien pendant les quinze premiers jours ; mais ensuite des frissons surviennent, symptômes d'infection purulente, et mort le 3 mars.

Pièce anatomique. — La partie reséquée a six centimètres de long, rugueuse sur la face postérieure et la face antérieure.

Près du condyle et de la trochlée, en arrière est une cavité ayant les dimensions d'une noisette, et ouverte dans l'articulation. Cette cavité contient un petit séquestre encore adhérent à la paroi inférieure de la cavité, c'est-à-dire au niveau du cartilage d'encroûtement, et libre dans tout le reste de son étendue.

Cette adhérence du séquestre au cartilage indique que chez notre malade l'affection n'a pas commencé par une ulcération

du cartilage (opinion de Brodie sur la formation des tumeurs blanches), ni par l'inflammation du tissu cellulaire que Gerdy supposait entre l'os et le cartilage.

Le séquestre, en se détachant complètement, aurait fini par tomber dans l'articulation, et celle-ci eût alors communiqué largement avec la cavité contenant le séquestre, car le cartilage d'encroûtement, n'étant plus soutenu, aurait bientôt cédé.

La malade n'aurait donc pas guéri par les seules ressources de la nature, et il fallait de toute nécessité amputer le bras, ou mieux reséquer l'extrémité inférieure de l'humérus.

13. M. *Liouville* montre divers organes provenant d'une femme de 86 ans qui avait présenté pendant sa vie tous les signes d'une cachexie manifeste, sans qu'on pût en trouver la cause.

A l'autopsie on a trouvé :

Dans le poumon gauche des granulations tuberculeuses s'accompagnant de pneumonie chronique.

Dans le poumon droit des granulations tuberculeuses avec des plaques de pneumonie chronique disséminées dans toute l'étendue du poumon.

Les ganglions mésentériques volumineux, ramollis, contenant une matière puriforme.

De nombreuses plaques tuberculeuses parsemant le péritoine viscéral.

Et à l'estomac une ulcération à bords fongueux que l'examen microscopique a montré être de nature tuberculeuse.

Ce fait prouve que les deux diathèses tuberculeuse et cancéreuse peuvent exister simultanément chez la même malade.

M. *Cruveilhier* et M. *Durand Fardel* font remarquer qu'il n'est pas très rare de voir simultanément les deux diathèses cancéreuse et tuberculeuse.

M. *Cornil* insiste sur le même fait et ajoute que, suivant un auteur allemand, M. *Furer*, la tuberculisation se rencon-

tre fréquemment avec le cancer utérin, fait qu'il a pu vérifier plusieurs fois par lui-même.

13. M. Hayem présente deux pièces.

A. Les poumons d'un homme de 82 ans qui a succombé à une *phthisie granuleuse*. Les deux poumons et les plèvres sont farcis de tubercules miliaires.

M. J. Meunier : La phthisie miliaire n'est pas très rare chez les vieillards; j'en ai rencontré à la Salpêtrière plusieurs exemples chez des femmes qui n'avaient jamais présenté de signes de tubercules. On trouvera, du reste, dans la thèse de M. Mourelon (1863), une statistique qui indique nettement la fréquence de cette forme de la tuberculisation chez les vieillards.

M. Laborde émet quelques doutes sur la nature de cette présentation, et demande si l'on ne serait pas plutôt en présence d'une pneumonie fibrineuse avec granulations.

M. Cornil. Ce sont bien ici des tubercules miliaires; du reste, le microscope a tranché la question. Si c'était une pneumonie fibrineuse, on aurait dû trouver les vésicules pulmonaires remplies de fibrine qui se présente au microscope sous l'aspect de fibres et de fibrilles, tandis qu'ici il n'y avait que des produits d'exsudation de la muqueuse bronchique.

14. B. Une tumeur fibro-plastique de la dure-mère. —

Lépine, âgé de 76 ans, tisserand, entre à l'infirmerie de Bicêtre, le 10 mars 1864, pour une affection pulmonaire.

Cet homme est à Bicêtre depuis plusieurs années dans une division de valides. Il n'a aucune infirmité; il n'a jamais eu de paralysie; mais il tousse depuis longtemps. Il est sobre, d'une intelligence très médiocre, et on remarque qu'il est habituellement somnolent. Il reste endormi des journées entières, couché sur le côté droit. Son visage est d'une pâleur très grande depuis qu'il est à Bicêtre.

Depuis deux ou trois mois, il est devenu dément; ses forces

ont diminué, et sans perdre connaissance, il s'est laissé tomber plusieurs fois dans sa division. Il se plaint ou se réjouit sans motifs, se trompe de lit, va fouiller quelquefois dans l'armoire du voisin, croyant que c'est la sienne. Mais il est sous ce rapport, dans le cas d'un grand nombre de vieillards de son âge, qui sont à Bicêtre.

Depuis quinze jours, seulement, il se plaint de céphalalgie; il n'y a pas de point spécialement douloureux.

Je ne puis recueillir aucun renseignement touchant ses ascendants.

Dans le service, on ne songe pas un instant à une affection cérébrale, si ce n'est à quelques petites lésions fréquentes dans la démence sénile. Toute l'attention est d'ailleurs attirée du côté de l'affection pulmonaire, qui l'enlève dans la nuit du 15 au 16 mars.

Autopsie faite le 17 mars au matin.

Encéphale. — On ne s'attendait pas à trouver une lésion importante; aussi on est étonné de rencontrer la dure-mère tellement adhérente à l'occipital, qu'il est impossible de la décoller; elle se déchire, et on voit qu'elle adhère à une tumeur volumineuse. On est obligé de modifier le procédé ordinaire pour enlever l'encéphale, et on retire ensemble la boîte crânienne, une grande partie de la dure-mère et l'encéphale. Il s'écoule environ soixante grammes de sérosité légèrement teintée de sang. La dure-mère est disséquée par sa face externe, au niveau des adhérences à l'os, et on a trouvé le côté droit de l'occipital aminci, mais sans déformation à l'extérieur. La dure-mère, elle-même, malgré ses adhérences, paraît saine. Elle recouvre une tumeur du volume d'une petite orange qui s'est développée dans la fosse occipitale droite. Les rapports de cette tumeur sont: en dedans, la faux du cerveau; en dehors, la partie interne et postérieure de l'hémisphère droit; en bas, la tente du cervelet et en haut la dure-mère très-adhérente à la tumeur.

L'hémisphère a été refoulé en dehors; aussi, les circonvolutions de la face supérieure et externe de la corne occipitale sont-elles tassées et un peu aplaties les unes contre les autres. Celles qui regardent la tumeur sont les circonvolutions qui

avoisinent le bourrelet du corps calleux; elles sont profondément creusées et déprimées pour recevoir la face externe de la tumeur. L'hémisphère gauche n'est pas déformé; de même, le lobe droit du cervelet, qui n'est séparé que par la tante de la partie inférieure et interne de la tumeur, ne présente aucune dépression.

Cette tumeur est enveloppée d'une membrane cellulo-vasculaire, et il est très facile de l'énucléer complètement et de voir qu'elle n'est que juxtaposée à la substance nerveuse. Un certain nombre de vaisseaux passent de la pie-mère cérébrale sur elle; on voit aussi quelques vaisseaux passer de la dure-mère à travers le pédicule qui l'unit à la tumeur. La consistance de celle-ci est un peu supérieure à celle du cerveau, sa couleur est pâle et blanchâtre; sa surface est mamelonnée, mais lisse et unie: elle ressemble à un petit cerveau ovoïde sans circonvolutions, mais avec quelques mamelons.

A la coupe, le tissu est blanc rosé, d'aspect encéphaloïde, peu vasculaire; il est pulpeux, quand on l'écrase entre les doigts.

Dans le reste de l'encéphale on trouve un peu de stase veineuse; la substance nerveuse a une consistance normale.

Examen microscopique de la tumeur.

On voit une grande quantité de matière amorphe, finement granuleuse, une grande quantité de noyaux embryo-plastiques et des corps fusiformes plus ou moins allongés; peu de vaisseaux sanguins.

Si l'on compare cette tumeur à celle présentée dernièrement (1), on remarque que, malgré la différence à l'œil nu, elles sont toutes les deux de la même nature. Cette dernière ressemble plus au tissu de l'embryon: la matière amorphe est plus abondante, les noyaux embryo-plastiques sont nombreux, enfin, les corps fusiformes sont isolés et en voie de développement. Ils ne s'allongent pas, comme dans l'autre, pour former des éléments lamineux; enfin, la vascularité est beaucoup moins grande.

(1) Voir même mois, présentation 8.

Au point de vue de la symptomatologie, il est très remarquable que des tumeurs aussi volumineuses n'aient pas produit plus de signes ; elles se sont probablement développées très lentement, et ont pris, pour ainsi dire, droit de domicile dans la cavité crânienne.

15. M. Bordier présente un *adénome mammaire*, et donne les détails suivants :

La nommée Mottet, âgée de quarante-six ans, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac, le 3 mars 1864. Elle est mariée et n'a jamais eu d'enfants.

Elle aurait, dit-elle, reçu, à l'âge de vingt ans, un coup violent sur le sein gauche, qui aurait été depuis ce moment le siège d'une tumeur indolente et d'un volume peu considérable, quoique cependant il y eût une inégalité sensible dans le volume des deux seins. D'ailleurs bien réglée, la malade ne paraît avoir éprouvé aucun accident général jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans, époque de la ménopause. Depuis ce moment, dont elle fixe la date à dix-huit mois environ, la tumeur a pris subitement un accroissement considérable et rapide.

Etat actuel. — La tumeur offre le volume d'une grosse tête d'enfant. La peau est tendue, vasculaire, et soulevée en plusieurs points par des mamelons saillants, de la grosseur d'une noix, et donnant pour la plupart au doigt une sensation très manifeste de fluctuation. La peau est d'ailleurs saine et un peu adhérente à la tumeur qui, elle-même, roule facilement sur les parties profondes. L'état général de la malade est d'ailleurs excellent.

Le 7 mars, l'opération est pratiquée par M. Chassaignac, au moyen de l'écraseur linéaire. La face profonde de la tumeur s'énuclée d'ailleurs facilement au moyen du doigt.

La coupe montre un tissu assez dur, donnant issue, par un grand nombre de petites cavités, à de la matière gélatineuse ; les petites saillies énucléées avant l'opération laissent échapper un liquide roussâtre, vert et altéré d'anciens kystes hématiques. Lorsqu'on gratte avec la lame, on n'obtient pas de liquide

semi-transparent qu'on puisse comparer au suc dit cancéreux.

L'examen au microscope montre une grande quantité de culs-de-sacs glandulaires de diverses grandeurs, dont les uns sont remplis d'épithélium pavimenteux; les autres, plus considérables, se débarrassent à la coupe de leur contenu gélatineux. Dans ces culs-de-sac on voit parfaitement la paroi recouverte d'épithélium cylindrique à plusieurs rangées superposées.

Les éléments glandulaires qu'on trouve en abondance dans tous les points de la tumeur sont séparés par des traînées de tissu fibreux, au milieu duquel on trouve des éléments fusiformes allongés.

Extrait du rapport de M. Desprès sur l'observation précédente.

Ce fait prête à des considérations anatomo-pathologiques reproduites dans tous les livres, discutées dans plusieurs sociétés savantes, sans qu'on soit encore arrivé à un résultat certain; je veux parler de la transformation possible des tumeurs adénoïdes en tumeurs fibro-plastiques ou en tumeurs cancéreuses.

Il s'agit d'une tumeur qui semble avoir pris son origine dans une contusion du sein, vingt-quatre ans avant le moment où l'opération a été faite. C'est seulement dix-huit mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital que la tumeur a pris un accroissement subit.

Elle présentait en plusieurs points de la fluctuation, et il était aisé de reconnaître qu'il existait des kystes développés dans l'intérieur de la tumeur.

L'examen microscopique démontre qu'il y a des parties dans lesquelles on ne retrouve que des culs-de-sac remplis d'épithélium pavimenteux; qu'en d'autres parties les culs-de-sac glandulaires distendus contenaient une substance gélatineuse; mais dans ces derniers culs-de-sac on retrouvait encore une enveloppe pourvue d'épithélium cylindrique à plusieurs rangées.

Jusqu'ici il n'y a rien qui ne soit ordinaire dans les tumeurs

adénoïdes ; ici, ce sont des culs-de-sac glandulaires types ; là, suivant l'heureuse expression de M. Cruveilhier, des culs-de-sac développés outre mesure, et qui ont subi une sorte d'infiltration qui leur donne l'aspect du cancer gélatiniforme ; mais voici que dans l'examen de la trame de l'adénoïde, il a été trouvé du tissu fibro-plastique. L'observation de M. Bordier dit que les acini étaient séparés par des trainées de tissu fibreux, au milieu desquels on trouvait des éléments fusiformes allongés, c'est-à-dire des éléments fibro-plastiques.

Rien dans les travaux modernes ne nous permet d'affirmer que ces transformations des tumeurs adénoïdes n'ont aucun des caractères du cancer ; ce que nous pouvons dire seulement c'est que les tumeurs adénoïdes ont été suivies de récurrence. Cette opinion a été plusieurs fois formulée devant nous par M. Nélaton. En remontant aux premières études sur la tumeur adénoïde, aux observations de A. Cooper sur la maladie hydatique de la mamelle, on trouve dans l'observation 463 un fait de récurrence d'une tumeur qui était constituée par une masse de kystes analogues à ceux décrits par le chirurgien anglais dans les faits qu'il a groupés et que l'on juge aujourd'hui être des tumeurs adénoïdes. En 1861, dans le compte rendu des malades du service de M. Velpeau, pendant l'année scolaire, il est question d'une malade âgée, chez laquelle, dix ans après l'ablation d'une tumeur adénoïde, un cancer encéphaloïde a été trouvé sur la région mammaire, où avait porté l'opération. Aucun doute n'était possible, la première opération qui avait été pratiquée et l'examen de la tumeur enlevée sont consignés dans le *Traité des maladies du sein* de M. Velpeau ; l'examen microscopique de la seconde tumeur a été fait, et nous avons vu les grosses cellules à deux ou trois noyaux. Nous avons constaté aussi l'existence de suc cancéreux.

Malgré ces faits, nous ne voulons rien préjuger. On pourra toujours objecter qu'un cancer peut se développer simultanément avec une tumeur adénoïde, ou un temps variable après l'accroissement de développement de la tumeur. La première hypothèse est due à A. Cooper. La seconde a été acceptée par M. Velpeau. Nous nous bornerons à constater qu'il y avait du tissu fibro-plastique dans la tumeur présentée

par M. Bordier. Qu'il soit le commencement d'une substitution d'éléments, ou d'une transformation en tumeur maligne, comme certaines tumeurs fibro-plastiques du testicule et des membres; qu'il soit le fait d'une poussée inflammatoire et qu'il existe au même titre qu'il se montre dans les cicatrices saillantes, le fait n'en est pas moins évident.

16. M. Carrière présente un *cancer du testicule*. Le nommé Dufour (Jean-Baptiste), âgé de quarante-quatre ans, graveur de profession, marié, entre le 29 février à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier. Ce malade a toujours joui d'une bonne santé; son père vit encore, âgé de soixante-quinze ans; il est paralysé depuis deux ans. Sa mère est morte il y a dix ans, d'une attaque d'apoplexie. Il a eu huit enfants; sa femme est encore accouchée il y a deux ans après être restée sept ans sans avoir d'enfants.

Il y a trois ans, le malade s'est aperçu que son testicule droit avait grossi; à cette époque, il présentait le volume d'un œuf de poule; cette augmentation de volume continua pendant deux ans et demi, mais d'une façon peu marquée. Mais il y a quatre ou cinq mois le volume de la tumeur augmenta rapidement et d'une façon telle qu'il fut doublé dans cet espace de temps. Le malade n'avait rien éprouvé qui pût donner lieu à cette augmentation de volume, pas de coup, pas de chute, pas de maladie. Il ressentait de petites coliques lorsque cette augmentation se faisait. La veille de sa rentrée à l'hôpital, il a vu un médecin, qui a fait deux ponctions, qui ont donné issue à une petite quantité de sang pur, deux cuillerées à bouche à peu près.

Le 29 février, le malade entre à l'hôpital. On constate dans la bourse droite une tumeur volumineuse, de forme ovoïde, à grosse extrémité dirigée en haut en et dehors, à grand diamètre obliquement dirigé d'arrière en avant, de dedans en dehors et de bas en haut. Elle n'est pas adhérente, on la sent parfaitement rouler sous la peau, qui est saine, si ce n'est aux

points où les ponctions ont été faites; là il y a une ecchymose de la dimension d'une pièce de cinq francs à peu près. On ne constate ni transparence, ni fluctuation; au contraire, le palper donne la sensation d'un corps solide. La tumeur est indolente; on peut la presser sans y développer de douleur. L'opération a été pratiquée le 10 mars. La peau a été sectionnée le long du bord antéro-inférieur de la tumeur; cette section comprend toutes les tuniques jusqu'à la vaginale. La tumeur fait immédiatement saillie, et il a suffi pour l'extirper complètement de couper le cordon des vaisseaux spermatiques, préalablement lié.

Après son extirpation la tumeur se présente à nous sous la même forme ovoïde que nous avons déjà notée. Elle possède une enveloppe qui a tous les caractères de la tunique albuginée, recouverte par le feuillet viscéral de la tunique vaginale. Il est facile de détacher cette enveloppe des tissus sous-jacents. Les vaisseaux sont très-développés. La surface de section, faite suivant le grand diamètre, est lisse, unie, et nous présente une coloration gris-jaunâtre, un aspect lardacé; on voit çà et là des sillons peu profonds; la plupart de ces sillons se trouvent à la partie inférieure de la tumeur. A la partie antérieure et supérieure, l'on trouve un amas de matière jaune formant une traînée qui suit la direction du grand diamètre. La consistance est ferme, uniforme, et est la même que celle d'un tissu lardacé. Le grand diamètre de la surface de section, qui correspond à celui de la tumeur est de douze centimètres; le petit diamètre de sept centimètres. — A la pression, on fait sortir un liquide épais, grisâtre.

Cette tumeur examinée au microscope a présenté tous les éléments du tissu cancéreux.

NOTE SUR UN CAS DE VICE DE CONFORMATION. — OUVERTURE DU RECTUM A LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA VULVE, ENTRE L'HYMEN ET LA FOURCHETTE. — ABSENCE DE VÉSICULE BILIAIRE. — HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE. par M. DE FONT-RÉAULX.

Observation. — Vrin (Alexandrine), 28 ans, entre à l'Hôtel-

M. D. O. U.

Dieu, dans le service de M. le professeur Monneret, le 25 février 1864; elle accouche d'une fille le jour même. Rien de particulier dans le travail. Enfant d'un développement normal.

Pendant deux jours l'enfant refuse le sein. Il rend par le rectum du méconium très liquide. Le troisième jour, la mère parvient à le faire téter, mais dès qu'il a avalé quelques cuillerées de lait, il est pris de convulsions toniques dans les membres, et il rend par le nez et la bouche le lait non coagulé. Cris continuels. A partir du troisième jour il commence à présenter une légère teinte cyanosée qui va en augmentant jusqu'à sa mort. Au quatrième jour, vomissements de matières brun-verdâtres, méconium très liquide par les selles. Les vomissements, les convulsions, la teinte asphyxique, le refroidissement de la peau continuent, et la mort arrive le neuvième jour.

Autopsie. — L'autopsie révèle une hernie ombilicale étranglée, un vice de conformation du rectum et l'absence de vésicule biliaire.

Poumons gorgés de sang; cœur normal; trou de Botal à moitié oblitéré; centres nerveux sains ainsi que les autres viscères. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur est développé.

Hernie ombilicale étranglée. — La séreuse du cordon est détachée de l'anneau cutané par le travail éliminatoire; un sillon large de 2 à 3 millimètres les sépare. La ligature est placée à 4 centimètres de la base du cordon qui est affaissé, plissé, et paraît n'offrir rien d'anormal.

A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons l'intestin grêle distendu par des gaz, le gros intestin et le rectum modérément développés par une matière brun-verdâtre, semi fluide.

L'intestin grêle, vers son extrémité inférieure, à 35 centimètres de l'appendice iléo-cœcal envoie une sorte de diverticulum qui pénètre par l'orifice interne de l'ombilic et monte dans le cordon. Cet appendice représente comme la tige d'un Y, dont les deux branches sont figurées par les deux bouts de l'intestin. Ce prolongement se rétrécit en entonnoir jusqu'à la paroi abdominale; dans cette paroi il offre un conduit étroit, admettant un stilet très fin, et en disséquant le cordon nous

trouvons que la portion herniée de l'intestin est renflée à la base du cordon et forme là une poche à peu près sphérique étranglée au niveau de la paroi abdominale; elle a une hauteur de 15 millimètres. Cette cavité est tendue, rénitente; la pression ne vide nullement son contenu; elle adhère par les trois quarts supérieurs de sa surface à l'enveloppe épaissie du cordon. Ces adhérences se laissent assez facilement déchirer. La surface de cette tumeur est vascularisée, violacée, et se laisse perforer par une soie de sanglier introduite par l'anneau ombilical; le sommet est manifestement enflammé et ramolli. Par la petite perforation se vide; aussitôt une matière demi fluide, verdâtre, identique à celle contenue dans le gros intestin. Une fois que la tumeur est affaissée, l'orifice de communication avec la portion intra-abdominale de ce prolongement intestinal est plus élargi et admet un stylet plus volumineux.

Cet appendice traverse la paroi abdominale en laissant au-dessus de lui la veine ombilicale, et au-dessous les deux artères et l'ouraque; il est situé à quelques millimètres à droite de la ligne médiane.

L'infundibulum qui prend sa base sur l'intestin en occupe une longueur de 5 centimètres. L'intestin affaissé a une largeur de 10 millimètres au-dessus et au-dessous de la région, tandis qu'il y a une distance de 5 centimètres entre le bord mésentérique de l'intestin et le sommet de l'entonnoir. Le calibre de l'intestin n'est donc point rétréci par la présence de ce diverticulum.

Le péritoine offre une coloration rosée normale à cet âge. Nous noterons la présence d'un vaisseau lymphatique très volumineux qui, du mésentère, s'avance sur la face gauche du diverticulum intestinal et pénètre avec lui dans l'anneau ombilical. On eût pu croire que c'était une des artères omphalo-mésentériques qui avait persisté, si la dissection n'eût montré ses anastomoses avec le réseau des chylifères du mésentère.

Il n'y a aucune trace de péritonite dans l'abdomen. Il règne un sillon entre l'orifice interne de l'anneau ombilical et le prolongement intestinal.

Vice de conformation du rectum. — Cette anomalie n'ayant été observée qu'après l'ablation de la pièce, nous regrettons

que la coupe n'ait pas été faite plus près du coccyx; aussi ne pouvons-nous dire s'il existait une fossette anale à sa place normale. La pièce montre seulement qu'il existe un raphé médian, en arrière de la vulve.

La vulve est parfaitement conformée. Rien d'anormal à la vessie et à l'urèthre, à l'utérus et au vagin, ni aux annexes de l'utérus. Mais en introduisant un stylet par le rectum il vient sortir à la vulve par un orifice situé immédiatement au-dessous de la partie postérieure de l'hymen, entre cette cloison et la fourchette. Cet orifice ne peut admettre une sonde de femme.

Le rectum, normal jusqu'à 20 millimètres de l'orifice, se rétrécit tout-à-coup à ce niveau, et au lieu de 35 millimètres de circonférence il n'en présente plus que 18. Il y a là un collet froncé, au-dessous duquel descendent des plis longitudinaux très saillant. Cette dernière portion du rectum est infundibuliforme; elle est entourée au-dessous de ce rétrécissement de fibres musculaires qui représentent la partie supérieure du sphincter.

Absence de la vésicule biliaire. — Nous avons constaté sur la face inférieure du foie, que la vésicule biliaire n'existait pas, et à sa place, dans son sillon antéro-postérieur, on ne trouvait qu'un cordon fibreux. Malheureusement cette pièce n'a pas été conservée et nous n'avons pu étudier les autres parties des voies biliaires.

Réflexions. — Cette pièce représente-t-elle une hernie de l'intestin étranglée par la rétraction de l'anneau ombilical après la naissance, et alors l'intestin s'est laissé allonger et a formé un pédicule à cette hernie; ou bien est-ce une persistance de l'extrémité intestinale du canal omphalo-mésentérique qui se continue normalement avec l'intestin grêle en ce point de sa longueur? C'est ce que nous ne saurions décider.

Quant au vice de conformation du rectum, il nous paraît être la persistance à un faible degré du cloaque si bien décrit par M. Coste chez l'embryon.

Nous terminerons en mentionnant l'absence de vice de conformation chez la mère; elle dit aussi qu'aucun de ses cinq autres enfants n'est mal conformé. Rien de particulier dans les

antécédents de la mère. Seulement au mois de décembre 1863, cinq mois environ avant sa dernière gestation, elle est accouchée dans la rue en se rendant à la Clinique, et son enfant est tombé à terre après la rupture du cordon. Nous signalons cette violence subie par l'utérus, peu de mois avant la conception de l'enfant qui fait l'objet de cette note, sans insister sur la relation qui peut exister entre elle et le développement de l'enfant.

ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE. — OBLITÉRATION DES BRANCHES QUI EN NAISSENT. — DÉPLACEMENT DU CŒUR. — COMPRESSION DE LA TRACHÉE. — MORT. — Autopsie, par M. DUGUET, Interne des hôpitaux (1).

P. L., couturière, âgée de trente-deux ans, entre le 15 avril dernier, dans le service de M. Moutard-Martin à Beaujon.

Dans ses antécédents, elle accuse : une scarlatine à sept ans ; une attaque de rhumatisme à vingt ans ; et il y a quelques années un écoulement par les parties génitales.

Toujours bien réglée, elle fut prise à l'âge de vingt-neuf ans d'attaques de dyspnée et de palpitations, pour lesquelles elle resta 14 jours à la Pitié, dans le service de M. Marrotte ; on la traita pour une maladie du cœur. Après sa sortie, elle ne put jamais recouvrer ses premières forces ; de temps en temps, à la moindre occasion, elle était prise d'essoufflements, d'enrouement et de dyspnée, avec teinte bleuâtre de la face et défaillances ; souvent il survenait aussi des quintes de toux qui se terminaient par le rejet d'une grande quantité de crachats muqueux et aérés, sans mélange de sang.

L'haleine était courte ; la tête, le cou et tout le côté gauche de la poitrine, étaient le point de départ de douleurs déchirantes ; des battements étaient perçus par la malade depuis le creux épigastrique jusqu'au bord supérieur du sternum.

Dans la nuit de 14 au 15, elle eut une attaque de dyspnée si considérable, qu'elle faillit mourir.

(1) Voir, pour plus amples détails, *Union médicale*, juin 1864.

A son entrée, P. L. ne présente point d'œdème; elle a de l'orthopnée; ses lèvres sont bleuâtres. A la vue le thorax paraît avoir une conformation normale : cependant la partie supérieure du sternum est légèrement bombée, et l'œil croit y saisir un *faible soulèvement*. Au toucher et contre le sternum, on perçoit un battement manifeste au même niveau; et les battements du cœur se font sentir jusque sous les fausses côtes gauches : point de frémissement cataire; point de frottement spécial. La percussion indique également une matité qui remonte un peu plus haut que d'ordinaire. L'auscultation fait entendre les deux bruits du cœur, depuis la clavicule droite jusque dans l'hypochondre gauche, *sans bruit anormal*. En arrière et latéralement de haut en bas et des deux côtés, le murmure vésiculaire est égal, mais pénible et sifflant dans l'inspiration; les mouvements respiratoires se succèdent rapidement.

La voix est voilée, et s'accompagne d'une espèce de cornage; elle est mêlée souvent de notes bruyantes et de notes avortées.

Les aliments éprouvent une légère difficulté à descendre.

Le pouls est insensible aux radiales et aux carotides.

Le 19, cyanose complète; asphyxie, mort.

Autopsie 24 heures après la mort.

En ouvrant le thorax, on trouve une saillie convexe et globuleuse, sur la partie antérieure de laquelle se dessinent trois cordons rubanés d'un blanc jaunâtre : un à droite qui se bifurque bientôt, un au centre, et un à gauche. Cette saillie paraît occuper la moitié ou les deux cinquièmes des médiastins, le péricarde et le cœur occupant la partie inférieure. Elle empiète latéralement sur les deux poumons qu'elle a refoulés en les comprimant.

Le larynx se trouve sur la ligne médiane; au-dessous du corps thyroïde dont le lobe gauche est plus petit que le lobe droit, apparaissent les cerceaux cartilagineux de la trachée. Celle-ci est fortement déjetée à droite de la tumeur et appuyée sur elle; elle est aplatie transversalement, et son calibre est diminué des deux tiers environ. En incisant en avant les cerceaux cartilagineux, les deux parois latérales s'appliquent de suite l'une contre l'autre, de sorte que l'élasticité seule de ces

organes maintenant béante la trachée. Ces cartilages sont déprimés, mais non détruits.

Le doigt introduit dans la trachée est conduit immédiatement au-dessous de la tumeur, dans les deux branches de bifurcation de la trachée, de telle sorte que la compression portait sur l'ensemble de l'arbre aérien ; cette particularité anatomique explique la concordance parfaite des phénomènes perçus, soit à l'auscultation, soit à la percussion, dans chacun des deux poumons.

Les bronches sont simplement remplies de mucosités.

Les poumons, dont la racine est reléguée avec tous les vaisseaux partant du cœur, dans la moitié inférieure des médiastins, n'offrent rien à noter à la base ; mais leurs sommets présentent un certain degré de compression ; le sommet gauche en particulier, accolé par des fausses membranes à la tumeur, ne représente plus qu'une lame flasque et à peine crépitante. En somme, rien à noter de ce côté que du collapsus et un peu de congestion.

L'œsophage a suivi la trachée dans sa déviation à droite ; il est encore perméable à une grosse sonde.

Les nerfs phréniques de chaque côté sont simplement déviés ; le pneumo-gastrique droit également, ainsi que son nerf récurrent. Le pneumo-gastrique gauche, plus directement placé à la face antérieure de la tumeur, se trouve aplati, et comme étalé sur elle, perdu au sein d'une couche cellulo-fibreuse dense et assez abondante ; mais on parvient facilement à le reconstituer avec son volume normal. Plus bas, il plonge au-dessous de la tumeur ; là il émet le nerf récurrent qui disparaît entre la colonne vertébrale et la poche, pour reparaitre sur la ligne médiane immédiatement au-dessus, et se rendre au côté gauche du larynx, entre la trachée et l'œsophage. Notons qu'il offre dans ce dernier parcours, une congestion considérable. Le grand sympathique gauche est englobé dans la tumeur.

Tandis qu'en avant, la tumeur pressait simplement le sternum, en arrière, elle a entamé les os. Ainsi, en ouvrant, à droite et en arrière, la poche qui occupe toute la poitrine d'avant en arrière, on tombe sur les corps vertébraux détruits en

grande partie : en effet, la moitié inférieure du premier, le deuxième, le troisième et le quatrième corps sont comme rongés ; mais l'altération, bien que profonde, ne s'étend pas jusqu'au canal rachidien. Les parties restantes des vertèbres, inégales, grisâtres, sont d'une grande dureté, et les trois disques articulaires sont à peine légèrement usés. Des surfaces osseuses se détache sans intermédiaire une substance d'un gris jaunâtre, pulpeuse, et qui a tous les caractères de la fibrine ancienne.

Le péricarde ne contient rien, le cœur n'a point un volume exagéré : son tissu est d'apparence normale. A droite, rien aux orifices ; à gauche, même intégrité. La veine cave inférieure se rend directement dans l'oreillette : la cave supérieure est déviée, aplatie sans effacement de son calibre, de même pour les branches qui la forment.

L'artère pulmonaire, comme la trachée, se bifurque immédiatement au-dessous de la tumeur : il en est de même pour les veines pulmonaires.

La crosse aortique, dans sa portion intra-péricardique a conservé son calibre habituel ; on y remarque seulement des plaques athéromateuses assez nombreuses. Au sortir du péricarde, elle se continue directement avec la tumeur qui semble en être un épanouissement.

Une sonde introduite par l'aorte descendante, arrive après quelques tâtonnements, et en suivant la paroi antéro-inférieure de la poche, jusqu'à l'orifice aortique du cœur : conduite verticalement en haut, elle est arrêtée par une substance élastique et charnue.

La sous-clavière et la carotide primitive droites sont perméables ; mais le tronc brachio-céphalique cesse de l'être. La carotide gauche est entièrement oblitérée par un caillot fibrineux, et aplatie comme les précédentes ; l'oblitération s'étend de son origine à la bifurcation.

La sous-clavière gauche n'est perméable qu'à deux centimètres de son origine. Parmi ses branches collatérales toutes béantes, la vertébrale offre un calibre voisin de celui de la sous-clavière même.

Il suit de là, que la circulation de la tête et des membres

thoraciques ne pouvait avoir lieu que d'une façon récurrente, par des voies collatérales comme par l'épigastrique et la mammaire interne, les intercostales et les mammaires externes et les autres branches se rendant à l'axillaire, circulation assez forte sans doute pour entretenir la vie mais insuffisante pour la production du poulx devenu imperceptible dans les radiales et les carotides.

Toute la portion horizontale de la crosse de l'aorte a disparu, pour constituer la tumeur.

Celle-ci, au toucher, est résistante en avant et dans la moitié inférieure; la moitié supérieure a une consistance charnue, élastique. Elle a le volume d'une tête de fœtus.

Une coupe antéro-postérieure fait voir une poche communiquant en avant avec la portion verticale de la crosse, en arrière avec l'aorte descendante, et contenant trois masses bien distinctes.

La masse supérieure, étendue surtout en haut et en arrière, est d'un jaune grisâtre, très élastique; elle commence en avant un peu au-dessous de l'origine des branches qu'elle contribue à oblitérer, et va former en arrière cette substance grisâtre et pulpeuse que nous avons vue reposer sur les corps vertébraux. Elle est uniquement constituée par des couches stratifiées de fibrine ancienne, alternativement blanchâtres et fauves; son épaisseur est d'environ 4 à 5 centimètres au centre: au pourtour, elle finit insensiblement.

La masse moyenne, moulée sur la concavité de la première, est une pulpe rougeâtre, réticulée à sa surface, accolée et faiblement retenue à la face inférieure de l'autre par des tractus fibrineux. Elle est composée elle-même de caillots fibrineux en lamelles, mais bien certainement récents.

La masse inférieure est un caillot d'agonie qui occupe la partie inférieure encore perméable de la tumeur, et qui conduit en arrière et à gauche dans une ouverture régulière en forme de boutonnière par où l'on arrive dans l'aorte descendante.

Ajoutons que celle-ci, jusqu'au voisinage de la mésentérique inférieure, présente des athéromes sous sa tunique interne. Toute la circulation artérielle n'avait donc lieu que

par l'aorte descendante, et le sang, pour y arriver, suivait un trajet peu différent de son trajet normal, puisque toute la partie supérieure de la crosse seule dilatée, était remplie de caillots, laissant en bas et au niveau même de l'ancienne crosse une voie perméable à peu près égale comme calibre. Est-ce là une raison anatomique suffisante, après toutefois l'intégrité des orifices du cœur, pour comprendre l'absence d'aucun bruit anormal ? Nous serions très porté à le croire.

Les autres organes n'ont rien offert qui mérite d'être rapporté.

ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE, COMPRESSION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE, ET OBLITÉRATION PARTIELLE DE CETTE VEINE. — MORT. — AUTOPSIE, par M. HAYEM, interne des hôpitaux.

Chartrain, âgé de 64 ans, marchand des quatre saisons, entre à l'infirmerie de Bicêtre le 19 mars 1864.

Ce malade a toujours eu une assez bonne santé ; ses parents n'ont pas d'affections rhumatismales, lui-même n'en a jamais eu. — Il y a un an, ses jambes enflent pour la première fois, puis l'œdème augmente et disparaît tour à tour. Cependant, le malade continue à aller et venir sans éprouver de dyspnée, ni d'essoufflement ; du moins, d'après ses propres renseignements. Depuis quelques années, il tousse tous les hivers.

Depuis environ deux mois, l'œdème est devenu général ; il a augmenté surtout depuis quinze jours, et est devenu permanent ; en même temps, la tête et les mains prennent une teinte violacée, et le malade, beaucoup plus souffrant, se décide à venir à l'infirmerie.

Etat du malade à son entrée, 19 mars. — Teinte cyanique intense du visage, des mains et du thorax : — œdème de la tête très-prononcé, développement variqueux considérable des veines du cou, veinosités et œdème du thorax ; œdème des membres à peine marqué : tel est l'aspect extérieur du malade.

A l'inspection : pas de voussure à la région précordiale ; la pointe du cœur bat beaucoup plus bas que le mamelon dans les sixième et septième espaces intercostaux. — A ce niveau : impulsion forte du cœur ; plus bas, battements épigastriques assez violents ; on ne perçoit pas d'autres signes à la palpation. — A la percussion : matité dans toute l'étendue du sternum et des cartilages costaux, avançant obliquement jusqu'au mamelon gauche. Le cœur est volumineux, comme couché sur le diaphragme, et la matité qui lui appartient se confond en bas avec celle du foie, et par en haut avec la matité sternale qui remonte jusqu'à la base du cou et empiète à droite dans une étendue assez grande sur les cartilages costaux droits et les extrémités des trois premières côtes.

Le pouls est fort, régulier, un peu vibrant.

L'auscultation fournit les signes suivants : A la pointe, les deux bruits sont sourds, presque méconnaissables ; mais pas de souffle net. A la base, les deux bruits sont remplacés par deux souffles qui empiètent l'un sur l'autre, et forment un bruit continu avec deux redoublements. Ce bruit est strident, râpeux, comme musical par moment. Le premier redoublement est beaucoup plus fort que le second. Le maximum de ce bruit de la base siège au niveau de la deuxième pièce du sternum, sur une ligne qui passe au-dessus du mamelon. Ce point doit correspondre à la naissance de l'aorte. Ce bruit se perd presque immédiatement, quand on approche de la pointe du cœur dans la région de la mamelle et au-dessous d'elle.

En auscultant le long de la face antérieure du sternum, le bruit de souffle devient d'abord un peu moins fort, puis au niveau du second cartilage costal droit, on entend un bruit de souffle semblable à celui de la région cardiaque ; mais plus fort et plus strident encore. Ce ne peut être évidemment un bruit de propagation ; il y a en cet endroit une cause qui renforce celui qui se forme au niveau des valvules sigmoïdes. Dans les carotides, dans l'axillaire, il n'y a pas de bruit de souffle.

Au niveau de la région sternale, lorsqu'on percute un peu fort, on réveille une certaine douleur ; mais le malade n'a jamais ressenti d'élancements ou de points douloureux dans la

poitrine. — Du côté gauche, en suivant le trajet de l'aorte, le bruit de souffle devient lointain et s'affaiblit. Les autres organes présentent peu de signes.

Céphalalgie presque continue, pas de bourdonnements d'oreilles; dyspnée peu marquée; il n'y a jamais eu d'accès de suffocation. Les poumons sont parfaitement sains. L'appétit est bien conservé; un peu de constipation. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine, suffisamment expliquée par la gêne de la circulation.

En présence de ces symptômes, quel diagnostic doit-on poser ?

L'altération des deux bruits du cœur et l'hypertrophie considérable doivent faire admettre évidemment une lésion de l'orifice aortique. L'affection n'a ni le début, ni la marche des altérations rhumatismales; il y a donc aux valvules sigmoïdes de l'aorte des plaques athéromateuses et calcaires, qui produisent un rétrécissement avec insuffisance aortique. La valvule mitrale doit aussi présenter quelques altérations. Mais ces lésions ne suffisent pas pour expliquer cette gêne énorme de la circulation veineuse des parties supérieures, se traduisant par les phénomènes que nous avons décrits: cyanose, œdème, développement variqueux des veines et veinules. Il y a évidemment un obstacle au cours du sang veineux siégeant près du cœur. Il n'y a pas de lésion du cœur droit: il y a absence complète de poulx veineux et de gêne de la circulation pulmonaire.

Il est certain que le tronc de la veine cave supérieure se trouve comprimé. Le malade présente tous les symptômes consignés par M. Oulmont, dans son mémoire sur l'oblitération de cette veine. D'ailleurs, on trouve sur le trajet de la veine cave une matité très-étendue et anormale, qui doit faire songer à une tumeur du médiastin. De quelle nature est cette tumeur? A cause du bruit de souffle, on pense immédiatement à une poche anévrysmales comprimant la veine-cave; mais, contre cette hypothèse, il y a une absence absolue de vousseure et de battements dans la région où l'on entend le maximum du souffle aortique; de plus, l'auscultation et la palpation des carotides ne donnent ni frémissement, ni souffle rude: on entend simplement les deux bruits cardiaques un peu voilés;

et, si l'on veut supposer la tumeur anévrysmale en arrière, on ne trouve encore ni gêne de la respiration ou de la déglutition, ni aucun signe qui puisse faire songer à la compression d'un des organes du médiastin postérieur.

La matité et le souffle ne permettent pas non plus de s'arrêter à l'idée d'une oblitération simple, plus ou moins complète, de la veine cave supérieure. De même on doit rejeter aussi l'idée d'une tumeur solide qui comprimerait les organes du médiastin. En effet, ce malade n'a rien dans ses antécédents qui autorise à penser qu'il est prédisposé à un cancer ou à une tumeur analogue; il n'a jamais ressenti de douleurs dans la poitrine; il n'a point de teinte cachectique, ni aucune autre tumeur dans aucun organe. De plus, une tumeur solide qui comprimerait la veine cave et l'aorte pourrait-elle expliquer ce bruit de souffle rude, strident, si fort, si superficiel, que l'on entend à droite et au niveau de la première pièce du sternum?

Reste donc l'hypothèse d'un anévrysme vrai de la crosse de l'aorte comprimant le tronc de la veine cave. Nous pensons que c'est là, outre les lésions cardiaques indiquées, le diagnostic que l'on doit faire, et nous ne faisons en cela que partager l'opinion de notre chef de service, M. Léger. D'après la marche des accidents, il est probable que la compression de la veine cave a augmenté d'une façon rapide depuis quelques jours; d'après le récit du malade, il n'aurait la face œdématisée et cyanosée que depuis quinze jours.

Marche de la maladie : 23 mars. — L'œdème des membres inférieurs a presque complètement disparu depuis le repos au lit, la paroi abdominale ne présente qu'un œdème peu marqué; pas d'ascite. La teinte cyanique du tronc et des extrémités supérieures persiste au même degré; l'œdème des mains, des avant-bras et de la face, des paupières surtout, a notablement augmenté. La cavité buccale et la muqueuse des narines présentent la même teinte violacée, noirâtre, que le visage. A l'auscultation les souffles n'ont pas varié de place; mais ils sont devenus plus rudes et plus forts.

26 mars. — L'œdème des bras et de la face a encore augmenté, la teinte cyanique est plus foncée que les jours précédents; hyperémie et ecchymoses des conjonctives. La

dyspnée augmente, matité aux deux bases en arrière, absence de la respiration; râles fins dans les deux poumons, dans les parties supérieures: hydrothorax et œdème du poumon.

27 mars. — Le malade a eu du délire pendant la nuit. Il s'est levé plusieurs fois, a défait et refait son lit, s'est promené avec agitation; son voisin dit qu'il a eu une attaque convulsive pendant quelques secondes. Nous le trouvons le matin à peu près dans le même état que la veille; il ne se rappelle pas ce qu'il a fait pendant la nuit et répond mal aux questions qu'on lui pose. Le thorax se remplit de liquide, matité, égophonie, le foie refoulé déborde les fausses côtes de plusieurs centimètres.

28 mars. — L'œdème est considérable à la tête, la teinte cyanique tire sur le noir, les paupières sont fermées et collées par un peu de muco-pus. Le malade continue à délirer; sa céphalalgie a augmenté. Il a eu encore la nuit quelques phénomènes convulsifs, dont il n'a pas le souvenir. Les membres supérieurs sont très-œdématisés, le pouls est beaucoup plus faible que les jours précédents. On observe, de dix en dix battements à peu près une sorte de faux pas du cœur; la dyspnée est toujours grande. Il est probable que le péricarde se remplit aussi de liquide. Les jambes et les bras présentent quelques ecchymoses et du prurigo.

29 mars. — Le malade continue à délirer, on ne peut le tenir au lit; il est très-agité, mais parle peu; la respiration est brève et accélérée, les extrémités sont froides, le pouls est petit. Les taches de pourpre ont augmenté.

Le malade prend très peu de chose; mais sa langue reste humide. L'œdème a un peu reparu aux parties inférieures; mais il est bien faible comparé à celui des autres parties. Le malade meurt à une heure de l'après-midi.

Autopsie faite le 31 mars au matin.

Le cadavre présente l'œdème que nous avons observé pendant la vie et de grandes sugillations sanguines, notamment aux bras et aux cuisses. Le tissu cellulaire de la poitrine laisse écouler dans les manœuvres de l'autopsie une grande quantité de sérosité.

A l'ouverture du thorax, on trouve les poumons flottants

au-dessus d'une grande quantité de liquide : environ un litre et demi de sérosité dans chaque plèvre. Le tissu cellulaire du médiastin est infiltré de sérosité ; en le disséquant, on trouve une poche extrêmement large, qui répond par sa forme à la matité que nous avons circonscrite sur le malade.

A l'extérieur, cette poche n'est pas régulièrement globuleuse ; elle présente quelques renflements : Un à la naissance du tronc brachio-céphalique et un autre avant le tronc brachio-céphalique et à droite, tout contre la veine cave. Cette vaste poche est formée par l'aorte considérablement dilatée. En incisant sa paroi antérieure, on la trouve remplie d'un caillot noir, considérable, qui sort en fragments et n'adhère pas à la paroi interne. Un des gros fragments présente une plaque fibrineuse très-peu épaisse qui ressemble à la couenne du caillot d'une saignée. En lavant la poche, on aperçoit sa paroi interne rugueuse, jaunâtre ; ce sont des plaques athéromateuses plus ou moins avancées, inégales, crevassées en certains points, il n'y a pas de plaques calcaires. On voit aussi que l'aorte n'est pas uniformément dilatée ; c'est surtout à droite et en haut que la paroi s'est laissé distendre ; de plus on trouve trois petits culs-de-sac assez profonds au niveau desquels la membrane interne est érodée, détruite.

Les mesures que nous prenons donnent avant l'ouverture de la poche : de la partie supérieure de l'aorte entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche, à la pointe du cœur, 28 centimètres ; de la même partie de l'aorte à la naissance de cette artère, 18 centimètres ; la largeur de la face antérieure de la poche est de 14 centimètres. Après l'ouverture et en mesurant les circonférences, on trouve : au-dessus des valvules sigmoïdes : 13 centimètres ; à 6 centimètres au-dessus de l'orifice aortique : 17 centimètres ; à l'endroit où se réfléchit le péricarde environ 1 centimètre au-dessus de la mesure précédente ; élargissement très-grand : 25 centimètres. La circonférence la plus grande, celle qui répond au cul-de-sac qui comprime la veine cave, est de 31 centimètres ; les autres vont assez progressivement en diminuant. Le calibre de l'aorte, en dehors des parties dilatées, après le croisement de la bronche

gauche, est de 8 centimètres de circonférence. On voit donc que c'est une vaste dilatation aortique (an. vrai) peu régulière, avec des renflements, et en certains points une usure des parois interne et moyenne (an. mixte externe).

En même temps que les parois de l'aorte se sont dilatées, elles ont conservé à peu près leur épaisseur ordinaire, excepté au niveau des culs-de-sac, dont nous avons parlé, où la poche anévrysmale prend les caractères de l'anévrysme mixte externe.

Le cul-de-sac le plus intéressant est celui qui est appliqué contre la veine cave supérieure. En ce point, la paroi artérielle est très-amincie; elle est réduite à une pellicule mince comme une pelure d'oignon.

La veine cave est rejetée en arrière et appliquée contre la partie latérale droite de la colonne vertébrale; en l'ouvrant on la trouve vide de sang. Son calibre se trouve diminué, au niveau du fond du cul-de-sac artériel, par l'adhérence de ses deux parois dans l'étendue d'une pièce de 50 cent. environ; en tirant sur les deux parois pour détruire l'adhérence, la paroi profonde cède en un point et entraîne avec elle le fond du cul-de-sac artériel. On pénètre de cette façon dans la poche anévrysmale. Les deux parties de la veine qui étaient adhérentes entre elles, une fois décollées, ressemblent à deux ulcérations à peu près circulaires. Il n'y a aucune rougeur, aucun caillot.

Il est évident qu'il se préparait là une communication entre l'aorte et la veine cave; dans tous les cas le calibre de la veine cave était divisé en deux portions par cette adhérence circonscrite. De plus, il est bien évident que l'anévrysme devait comprimer la veine cave, surtout en ce point, contre la colonne vertébrale. C'est la seule façon dont on puisse expliquer l'adhérence entre les deux parois veineuses. Dans toute l'étendue de la veine cave jusqu'à l'oreillette il n'y a pas trace d'inflammation.

Entre la veine sous-clavière et la jugulaire interne, il y a deux petites veines qui viennent se jeter dans la veine-cave supérieure et qui sont toutes les deux bouchées à leur terminaison par un caillot adhérent dur, remplissant tout le cali-

bre de ces petites veines. Ces deux caillots ont la forme d'un clou dont la tête regarderait dans la veine-cave.

L'une de ces veines est la jugulaire externe; l'autre, plus petite, est sans importance. Ces caillots ont une couleur rosée, rouge noirâtre par places; ils adhèrent faiblement à la paroi interne de la veine, et après leur enlèvement celle-ci n'est pas altérée visiblement. On ne trouve aucun autre caillot, ni aucune adhérence dans les autres troncs veineux qui se jettent dans la veine-cave : Azygos, jugulaire interne, tronc brachio-céphalique droit, etc. Le *péricarde* contient environ 100 grammes de sérosité; il est entouré d'un tissu cellulaire infiltré et présente à sa face interne pariétale et viscérale quelques plaques laiteuses.

Le cœur est énorme; il a une forme globuleuse remarquable. Le ventricule gauche est très hypertrophié; il forme au cœur une grosse pointe mousse.

Les colonnes charnues et la paroi interventriculaire participent à l'hypertrophie; la cavité ventriculaire a une capacité presque double; les vaisseaux cardiaques sont remarquablement développés.

Les fibres charnues ont une teinte jaunâtre un peu feuille-morte, qui indique un commencement de dégénérescence graisseuse.

La valvule mitrale est épaissie; elle présente quelques nodules d'une consistance cartilagineuse. Les sigmoïdes sont très-épaissies; elles présentent des nodules analogues à ceux de la valvule mitrale et de plus des concrétions calcaires surtout développées à leur point d'insertion; mais malgré ces lésions l'orifice aortique n'est point insuffisant. Le ventricule droit a une paroi très mince et une capacité considérable, au moins deux fois plus grande qu'à l'état normal; la graisse qui double le feuillet viscéral du péricarde est très abondante à son niveau, tandis qu'il n'y en a presque pas sur le ventricule gauche.

Les oreillettes sont un peu distendues sans hypertrophie musculaire. Toutes les cavités du cœur sont pleines de caillots noirs et mous, surtout les cavités gauches. Les valvules

n'ont absolument rien du côté droit, non plus que l'artère pulmonaire.

Les *deux poumons* sont gorgés de sérosité; ils conservent l'empreinte du doigt : œdème dans toute leur hauteur; le *foie* est assez volumineux, gorgé de sang et très refoulé vers l'abdomen par l'épanchement thoracique. A la coupe, son tissu est lisse, un peu décoloré; au microscope on y voit les lésions du foie gras.

Les *reins* sont d'un volume normal; ils sont très hyperémiés (stase sanguine). Le tube digestif n'offre rien de notable. *Encéphale.* Les veines des sillons et de la substance blanche sont gorgées de sang; tout le reste est remarquablement sain et ferme. Cependant on trouve dans les parois du troisième et du quatrième ventricule, du quatrième surtout, un aspect granuleux de l'épendyme ventriculaire, qui ressemble à celui que l'on trouve souvent dans la paralysie générale; mais on ne trouve pas les autres lésions beaucoup plus importantes de cette affection.

XXXIX^{me} ANNÉE — AVRIL 1884.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Rachitisme. — 2. Paraly-
sie générale des aliénés. — 3. Perforation du rectum par un
corps étranger. — 4. Céphalœmatomes. — 5. Fractures du
bassin. — 6. Méningite cérébro-spinale. — 7. Athéromes des
valvules sigmoïdes de l'aorte. — 8. Paralyse de l'enfance.
— 9. Cancer du sein. — 10. Kyste intra-thoracique. — 11. La-
drière du porc. — 12. Monstruosités multiples chez un fœtus.
— 13. Anévrysme de l'artère mésentérique supérieure. —
14. Tumeur lacrymale congénitale. — 15. Exostoses de la
colonne vertébrale. — 16. Hydronéphrose. — 17. Anomalies
costales. — 18. Hydrocéphalie ventriculaire.

DEUX OBSERVATIONS d'abcès sous-périostiques de l'extrémité
inférieure du fémur, compliqués, l'un de fracture de cet os,
l'autre d'ostéo-myélite avec disjonction de l'épiphyse ; sui-
vies de réflexions par M. Henri Henrot, interne des hôpi-
taux.

Rapport de M. Duguet sur les observations précédentes.

Etranglement interne produit par l'adhérence de deux anses
de l'intestin grêle. — Mort. — Autopsie par M. L. Fontan,
interne des hôpitaux.

Extrait du rapport de M. Desprès sur cette observation.

Tumeur mixte du péritoine avec prédominance d'éléments
fibro-plastiques, correspondant à un ulcère fongueux de
l'estomac. — Observation par M. Henri Liouville.

Rapport de M. Maurice Raynaud sur deux cas d'embolie pul-
monaire présentés par M. Ledentu.

PRÉSIDENTE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. René Blache montre le thorax et le cœur d'un enfant rachitique âgé de deux ans, qui a succombé en proie à une dyspnée des plus intenses, avec cyanose.

Il existe sur la face antérieure des ventricules deux dépressions avec ecchymoses correspondant aux nodosités de la quatrième et de la cinquième côte, qui présentent ainsi que les autres des nodosités rachitiques très marquées.

Le thorax est très déformé, bombé en avant, et très déprimé sur les côtes.

2. M. Regnard met sous les yeux de la Société deux cerveaux provenant de femmes qui ont succombé à la *paralyse générale des aliénés*, et sur lesquels on voit très nettement une ulcération qui, selon M. Baillarger, serait presque constante.

Ces lésions siègent toujours sur les lobes antérieurs, et voici en quoi elles consistent :

Sur l'un de ces cerveaux, par le grattage toute la substance grise a disparu, et le noyau central des circonvolutions, formé de substance blanche, reste seul.

Sur l'autre de ces cerveaux la lésion était plus avancée ; il y avait un épaississement considérable des méninges et une adhérence telle du tissu cérébral, qu'en enlevant les méninges, la substance grise a été entraînée, et que la partie blanche des circonvolutions apparaît aussi nette que si l'on avait cherché à faire la préparation.

3. M. Lacrousille communique une *perforation* de l'extrémité inférieure du *rectum*, qui a causé une péritonite généralisée, et donne les détails suivants :

Cette pièce provient d'une femme de quatre-vingt-trois ans.

Elle se plaignait de douleurs très vives du ventre qui auraient débuté huit jours avant son entrée par un point douloureux localisé dans la partie gauche du bassin. Ces douleurs auraient été accompagnées quatre jours plus tard de vomissements bilieux.

A son entrée dans le service de M. Vulpian, le facies est altéré et exprime une grande souffrance; le pouls est petit, rapide, la langue sèche.

Le ventre est volumineux, tendu, sonore à la percussion.

La pression y détermine des douleurs intolérables. Le moindre mouvement provoque des cris violents, et la malade meurt le lendemain matin.

A l'autopsie on constate les lésions suivantes :

Péritonite généralisée : intestin dilaté, injecté. — Sa surface est poisseuse et présente en beaucoup de points, lorsqu'on l'a enlevée, des lésions en apparence ulcéreuses et qui sont uniquement dues à la friabilité du péritoine et à ses adhérences inflammatoires.

Dans le bassin, pus jaunâtre avec fausses membranes, *surtout à gauche*. Il n'a pas été possible de constater l'existence de matières fécales en nature dans le liquide du bassin qui cependant en présente l'odeur.

Un peu en arrière du rectum et à gauche, sur le plancher du bassin on trouve un os aplati de trois centimètres de long sur presque deux de large, et paraissant offrir les caractères d'un os cubital de mammifère.

Cet os est complètement libre dans le bassin, l'intestin n'ayant pas encore été enlevé. Il présente une odeur très prononcée de matières fécales.

Examinant alors avec attention l'intestin, on trouve à la partie inférieure du rectum une *ulcération circulaire* de près de deux centimètres de diamètre, aux bords renflés, épaissis, organisés, et paraissant ainsi remonter à plusieurs jours au moins.

Cette ulcération siège à gauche de la bande antérieure des fibres longitudinales du rectum qu'on a ouvert par la partie postérieure pour examiner sa surface interne.

On aperçoit alors la muqueuse formant des plis radiés qui

vont tous converger vers l'orifice ulcéreuse comme centre, et lui donnent l'apparence d'un véritable anus contre nature.

Cet orifice est évidemment la partie par laquelle l'os aura pénétré dans le bassin.

Et, en effet, le point du bassin où on a trouvé l'os, le début de la douleur dans ce point, les renseignements donnés par la malade, qui fait remonter cette douleur à huit jours au moins : tout explique le mécanisme de la perforation, l'aspect fistuleux de l'orifice et la cause de la péritonite.

Les douleurs du ventre, localisées depuis huit jours dans le côté gauche du bassin, nous indiquent un travail inflammatoire dont l'issue aura été l'ulcération, et la péritonite qui, d'abord localisée, s'est généralisée plus tard et s'est terminée par la mort.

Cette marche lente de la péritonite nous explique facilement encore l'état fistuleux de l'orifice.

Une remarque à faire dans ce cas, c'est que : ordinairement la péritonite, occasionnée par un corps étranger du tube digestif, a son point de départ dans le cœcum ou dans l'appendice vermiculaire, et qu'ici la perforation siège dans le rectum.

Je signalerai en passant qu'au dessus de l'orifice anormal il y avait rétention des matières fécales, et qu'au dessous le rectum était revenu sur lui-même.

L'utérus de cette malade offre quelques particularités intéressantes :

On y voit une oblitération de l'orifice externe du col ; d'où accumulation de mucosités visqueuses et purulentes dans le col dont la cavité est dilatée et la paroi antérieure amincie.

En outre, un polype occupe le fond, prenant la plus grande partie de ses insertions sur la paroi antérieure, et offrant à sa surface de petits kystes séreux très nombreux.

4. M. Perret présente deux *céphalématomes* siégeant sur la voûte crânienne d'un enfant du sexe masculin mort au onzième jour, et remet la note suivante :

Bonnet, primipare, est entrée à la Maternité le 27 mars à

3 heures du soir, en travail, avec des contractions fortes et rapprochées. La dilatation fut complète à 6 h. 1/2; on rompit les membranes, et à 8 heures cette femme accoucha naturellement d'un garçon vivant et à terme pesant 2,850 gr.; présentation du sommet en occipito-iliaque gauche antérieure. Délivrance naturelle. Environ. 11 h. 1/2 après l'accouchement, on découvrit sur la tête de l'enfant une tumeur molle, fluctuante, circonscrite par un rebord osseux très accusé et siégeant à la partie supérieure du pariétal droit. Cette tumeur avait 0,07 centimètres de diamètre antéro-postérieur et 0,06 de diamètre transverse.

Le 3^{me} jour, on constata un second céphalématome occupant la partie moyenne de l'occipital; elle avait 0,03 cent. de diamètre vertical et 0,02 cent. de diamètre transverse. La 1^{re} tumeur, mesurée le 6^{me} jour, n'offrait plus que 0,05 cent. dans le sens antéro-postérieur et 0,04 cent. dans le sens transverse.

L'enfant téta bien jusqu'au 8^{me} jour; il fut alors pris d'un coryza ulcéreux qui rendit la succion difficile. Bientôt survint une diarrhée abondante, et l'enfant mourut le 7 avril dans son onzième jour.

Autopsie. — La tumeur pariétale est la plus volumineuse; elle siège sur la partie supérieure et latérale de l'os, le long du bord et très près de la suture sagittale qui la limite à gauche.

La peau n'offre à son niveau aucune altération; il en est de même de l'aponévrose épicroânienne; ces deux membranes enlevées, la tumeur est mise à nu et présente une coloration violacée ou noirâtre, limitée par un bord saillant surtout à droite; moins accusée à la partie latérale gauche; elle n'offre pas moins de 5 à 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur, et de 4 centimètres dans le sens transversal.

L'incision de cette tumeur laisse écouler un sang épais, mais sans caillot, et permet de constater que l'enveloppe de la tumeur est formée par le péricrâne soulevé et considérablement épaissi; le fond de la tumeur est formé par le pariétal; cet os a conservé sa forme normale; seulement il est aminci à sa partie centrale, et de plus il est recouvert par une membrane peu épaisse, peu adhérente, et qui paraît être de la

fibrine coagulée; le bord saillant de la tumeur est dû, comme le démontre la dissection, à une véritable production osseuse qui paraît dépendre du périoste; on sépare en effet du reste du pariétal ce cercle osseux en détachant le péricrâne.

Vu par sa face interne, l'os présente une coloration violacée dans le point aminci; il est plus vasculaire et paraît avoir subi une véritable imbibition sanguine de la part du liquide de la tumeur.

La seconde tumeur a son siège à peu près au niveau de la protubérance occipitale externe; sa constitution anatomique est identiquement la même que celle de la première.

Cette tumeur a environ 3 centimètres de diamètre vertical et 0,02 centimètres de diamètre transversal.

Le pariétal gauche présente dans une certaine étendue, le long de la suture sagittale, une coloration rosée qui atteste une vascularité plus grande qu'à l'état normal; mais le péricrâne n'est point soulevé. Il n'y avait aucune lésion anatomique en dehors des céphalœmatoses.

5. M. Rondeau présente le bassin d'un homme qui est tombé d'un 4^me étage; on y voit :

1^o Une fracture verticale occupant toute la hauteur de l'os iliaque;

2^o Une fracture de l'os iliaque à la partie antérieure, avec enfoncement de la cavité cotyloïde.

6. M. Gougenheim présente la moelle d'un jeune homme de 19 ans qui a succombé à une *méningite cérébro-spinale sous-arachnoïdienne suppurée*.

Woodehouse, palefrenier, entre le 28 mars à l'hôpital Beaujon, service de M. Sée. Il est très difficile d'obtenir des renseignements sur la santé antérieure de ce malade qui est Anglais et ne comprend point le français. On sait seulement qu'il est malade depuis huit jours.

Lors de son entrée à l'hôpital, il est dans l'état suivant :

abattement, prostration, peau chaude, pouls fréquent (120) non dédoublé; cependant le malade entend et comprend assez bien les questions qu'on peut lui faire.

Il accuse une douleur de tête assez vive, et des douleurs abdominales vagues; l'examen de la langue la montre blanche, peu épaisse; les dents sont couvertes de fuliginosités, le nez est un peu poudreux. Peu de diarrhée. Le ventre est à peine ballonné. Une éruption très abondante couvre la paroi abdominale, c'est un acné mélangé de prurigo et d'érythème; en somme il est difficile de lui assigner un caractère particulier. On constate à l'auscultation des râles sibilants des deux côtés de la poitrine. De l'ensemble de ces symptômes, que ne vient contredire aucune particularité apparente du côté de la motilité ou de la sensibilité, on déduit l'existence d'une fièvre typhoïde, et le traitement est ordonné en conséquence: évacuants tous les deux jours. Eau de Sedlitz. L'état du malade ne change pas, seulement, un symptôme paraît dominer les autres, c'est l'opiniâtreté de la céphalalgie. Aux questions qu'on adresse au malade, il répond invariablement qu'il va très mal, et n'accuse pas la moindre amélioration. Les évacuations devenues abondantes par suite de la médication n'amendent nullement les phénomènes. Les symptômes que nous avons décrits se prononcèrent davantage, et le 5 mars nous trouvons le malade dans un état de perte complète de connaissance; de plus il avait une raideur de tout le corps qui nous frappa. Jusqu'à ce jour il nous était facile d'ausculter le malade; on l'aidait pour s'asseoir sur son lit, et une fois dans cette position il ne témoignait aucune gêne; mais il est absolument impossible de lui faire prendre cette position. La tête est renversée en arrière et tout le tronc est comme frappé de rigidité tétanique. Cet état persista sans interruption jusqu'à la mort du malade qui arriva le 7 mars.

Autopsie: les intestins sont sains; aucune altération des plaques de Peyer, congestion pulmonaire double. Rien au cœur.

Cerveau: Suffusion purulente dans tout l'espace sous-arachnoïdien, surtout à la base.

Au sommet il y a seulement quelques points de l'hémisphère droit où l'on pense voir quelques traînées purulentes, ainsi qu'à la scissure de Sylvius. Les espaces sous-arachnoïdiens sont baignés de pus, les ventricules du cerveau sont complètement dépouillés de leur membrane; la substance cérébrale sous-jacente est ramollie à sa surface. La protubérance est recouverte d'une couche de pus ainsi que le vermis inférieur du cervelet. Rien au 4^e ventricule, le calamus-scriptorius n'est pas effacé.

Moelle : tout l'espace sous-arachnoïdien est baigné par le pus; la queue de cheval en est complètement environnée. La substance de la moelle est complètement saine.

7. M. Hayem montre le cœur d'un vieillard sur lequel on voit à l'orifice aortique des lésions athéromateuses qui donnent lieu très souvent aux embolies artérielles.

En effet, les valvules aortiques sont ulcérées, en partie détruites par place, et on voit incrustées plusieurs concrétions fibrineuses peu adhérentes, friables, et qui sous l'influence de l'ondée sanguine auraient pu facilement se détacher, soit en totalité, soit en partie, et par suite obstruer des vaisseaux artériels ou capillaires.

8. M. Lemaire présente tout le membre inférieur d'un enfant de trois ans qui, à la suite de convulsions survenues à l'âge de dix mois, était resté paraplégique. Il en était résulté une atrophie des muscles des membres inférieurs et supérieurs surtout à gauche, avec perte complète de la contractilité électro-musculaire pour les uns, et une diminution pour les autres.

On voit sur cette pièce les muscles de la cuisse et surtout ceux de la jambe, notamment les extenseurs et les péroniers latéraux, considérablement atrophiés, d'où un pied-bot consécutif qui n'a pas été opéré.

M. Laborde. — On comprendra toute l'importance de la pièce présentée par M. Lemaire, et tout l'intérêt qu'il s'y

tion fibreuse des muscles, si fortement combattue et ébranlée par M. Broca. Il est facile de constater, en effet, que sur le cas soumis à votre appréciation, ce ne sont point les *muscles rétractés* qui sont réduits (je ne dis pas transformés) à du tissu fibreux, mais bien leurs antagonistes; on ne pourrait donc pas dire ici, avec M. J. Guérin : rétraction fibreuse. Enfin, je ferai remarquer que ce fait est loin de légitimer la dénomination de *Paralysie atrophique graisseuse*, donnée par M. Duchenne (de Boulogne) à la maladie à laquelle il se rapporte.

Je n'ai pu encore suffisamment étudier la moelle épinière et les autres portions du système nerveux, pour qu'il me soit permis de donner aujourd'hui des renseignements précis sur l'état de ces parties : tout ce que je puis dire, c'est que, d'après quelques préparations faites à l'état frais, et autant qu'on en peut juger à l'aide de telles préparations, la moelle ne m'a pas paru être complètement saine dans ses cordons antérieurs. Il n'est pas indifférent d'ajouter que les méninges rachidiennes étaient le siège d'une congestion très marquée, et que la cavité arachnoïdienne contenait une quantité de sérosité louche jaunâtre pouvant être évaluée à quarante grammes.

9. M. Bordier fait voir un *squerrhe de la mamelle* qui a été enlevé par M. Chassaignac, et remet la note suivante.

Une femme de trente-quatre ans entre à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac. Elle porte une tumeur du sein gauche du volume d'une tête d'enfant. Elle raconte avoir eu deux enfants qu'elle a allaités. Il y a un an, elle dit être tombée; dans sa chute elle se heurta le sein gauche, qui au bout de peu de temps devint le siège d'une tumeur douloureuse et roulant sous le doigt. La tumeur a pris depuis ce temps un accroissement considérable.

Lors de son entrée à l'hôpital, la peau qui recouvre la tumeur est dure et adhérente aux parties profondes. Les orifices glandulaires de la peau, largement hypertrophiés, lui donnent l'aspect caractéristique d'une peau d'orange. La femme

présente un embonpoint considérable et n'annonce d'ailleurs d'autre trouble qu'une gêne de la respiration dont elle fait remonter le début à deux mois; les ganglions axillaires sont sains.

La tumeur enlevée par le bistouri, a dû être poursuivie jusque sur la face externe des côtes, où siégeaient de larges plaques très dures qui y formaient des sortes de cuirasses; à la coupe, la tumeur présente une grande quantité de graisse entourée par des parties dures, d'un blanc jaunâtre. En raclant avec la pointe d'un scalpel on obtient un liquide peu abondant et semi-transparent.

L'examen microscopique fait par M. Cornil a montré des tractus suivant les cloisons qui séparent les lobules graisseux, un tractus fibreux circonscrivant des alvéoles que remplissent des cellules petites et peu nombreuses, qui souvent sont isolées; le derme présente, en outre, dans tous ses points une hypertrophie considérable.

10. M. Gougenheim met sous les yeux de la Société un *kyste intra-thoracique* qui a été trouvé à l'autopsie d'un homme de cinquante ans, entré à l'hôpital Beaujon pour une toux opiniâtre.

Une caverne étendue occupait le sommet du poumon droit, qui en avant était recouvert par un kyste qui ne lui adhérait qu'en un seul point. Il occupait en hauteur toute la cavité thoracique droite, et avait même refoulé le cœur qui présentait une hypertrophie manifeste avec lésions valvulaires. La plèvre ne paraît pas constituer les parois de ce kyste, qui ont cinq à six millimètres d'épaisseur et sont recouvertes en plusieurs points, à leur face interne, par des dépôts ressemblant tout à fait à l'athérome des vaisseaux artériels. Le liquide contenu dans la cavité de ce kyste était purulent et renfermait beaucoup de cholestérine, ce qui exclut la possibilité d'un kyste hydatique: il adhérait complètement au diaphragme.

Ces lésions doivent probablement être rattachées à une ancienne pleurésie enkystée.

11. M. Paul présente divers morceaux d'une truie d'un an, et qui fournissent un exemple remarquable de la *ladrerie du porc*.

On voit un grand nombre de cysticerques enkystés dans le tissu musculaire général.

Le cœur et la membrane de l'endocarde en contiennent plusieurs.

L'animal présentait plusieurs vésicules caractéristiques sur la langue et trois cysticerques sur la conjonctive oculaire.

Le cœur était altéré, et on a trouvé plusieurs cysticerques occupant les cordes vocales.

12. M. Fernet montre un *fœtus monstrueux* mort né, qui présente des vices de conformation multiples.

Ce fœtus, venu à terme, est normalement développé pour le volume et pour la taille; il présente même un certain embonpoint.

La tête est petite relativement à la taille; la saillie occipitale manque complètement, et quand la tête est maintenue droite, on voit la partie postérieure se continuer sans démarcation avec le cou. Sur la partie postérieure et droite est une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, insérée sur la tête par un pédicule court et assez gros. En incisant cette tumeur, on la trouve constituée : 1° extérieurement par la peau recouverte de cheveux, et se continuant avec le reste du cuir chevelu; 2° plus en dedans, par un tissu cellulaire creusé d'aréoles assez spacieuses et pleines de liquide séreux; 3° profondément et à la base de la tumeur seulement, par de la substance cérébrale qui a fait hernie à travers un défaut de la suture occipito-pariétale droite : cette hernie est de la grosseur d'une amande. Le crâne étant ouvert, on constate l'ouverture qui livre passage à la substance cérébrale; le cerveau est petit, à cause de l'atrophie manifeste de ses lobes postérieurs : sa diffusion empêche de déterminer s'il est normalement conformé. Il n'y a pas de nerfs optiques, et les autres nerfs qui doivent pénétrer dans l'orbite par la fente sphénoïdale manquent également.

Les paupières s'enfoncent dans l'orbite, et cette cavité ne renferme pas de globe oculaire ni d'un côté ni de l'autre. On ne trouve à sa place qu'un peu de tissu cellulaire. Ainsi, l'appareil de la vision fait défaut et n'est représenté que par les paupières.

Le nez est aplati; ses deux cavités communiquent librement entre elles par le défaut absolu de cloison. La cavité buccale est le siège d'un bec de lièvre double et compliqué; la voûte palatine et le voile du palais sont divisés suivant toute leur longueur par une large fissure qui communique librement avec la cavité des fosses nasales. La langue présente trois petites tumeurs, dont deux sont situées sur les côtés de la pointe, la troisième occupe la partie supérieure et s'engage, quand la bouche est fermée, dans le sillon du palais. Ces tumeurs sont formées par du tissu cellulo-adipeux et recouvertes par la muqueuse linguale.

Les membres supérieurs n'offrent de difformités qu'aux mains; celles-ci ont, de chaque côté, un doigt supplémentaire annexé, comme c'est l'usage dans ce cas, au cinquième métacarpien (il n'y a que cinq métacarpiens); ce doigt est conformé comme les autres et aussi long qu'eux.

Les membres inférieurs présentent plusieurs vices de conformation aux pieds: ceux-ci sont déviés dans l'extension et l'adduction, c'est-à-dire sont affectés de pied-bot équin-varus; en outre, on y remarque six orteils pour cinq métacarpiens, difformité analogue à celle qu'offrent les mains.

Le tronc est régulièrement conformé, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; seulement les testicules sont encore contenus dans le ventre et situés à la hauteur des reins, et les organes génitaux externes sont fort peu développés.

13. M. Legroux fait voir un *anévrisme de l'artère mésentérique supérieure*.

Cette pièce ayant été présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. Chauffard, voir, pour les détails de l'observation, *l'Union médicale*, 1864.

14. M. Dolbeau montre une *tumeur lacrymale congénitale*.

On voit sur cette pièce : 1° une tumeur lacrymale occupant le siège ordinaire, et qui pendant la vie de l'enfant ne contenait que des larmes et pas de muco-pus.

2° Dans le méat inférieur, une seconde tumeur de même volume et de même forme.

Le présentateur fait remarquer que c'est le seul exemple de tumeur lacrymale congénitale qu'il connaisse, et il conclut de cette pièce que chez l'enfant la tumeur lacrymale est due à une imperforation congénitale du canal nasal dans les fosses nasales.

D'où un traitement spécial pour les tumeurs de cette sorte.

15. M. Pelvet présente la *colonne vertébrale* d'un vieillard qui a succombé à un cancer du cardia, et sur laquelle on voit des *exostoses multiples* qui, passant au-devant des disques inter-vertébraux, relient le corps des vertèbres entre eux.

C'est un exemple de l'altération qui a été décrite par M. Cloquet sous le nom d'hypertrophie du surtout ligamenteux antérieur, et par M. Cruveilhier sous le nom d'hypertrophie avec exostose de la lame compacte.

16. M. Dodeuil fait voir un exemple d'*hydronéphrose* trouvée à l'autopsie d'une femme morte de pneumonie, et qui pendant la vie n'avait présenté aucun trouble du côté des urines.

Marie L..., âgée de cinquante-deux ans, domestique, entre le 18 avril 1864, dans le service de M. Pelletan, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 3.

Cette femme est dans un état de faiblesse extrême; elle paraît souffrir depuis longtemps. Nous ne pouvons obtenir que des renseignements incomplets : la malade tousse tous les hivers depuis environ quatorze ans ; les accidents qui l'amènent à l'hôpital datent de deux mois, pendant lesquels elle n'a pas quitté le lit ; les symptômes sont beaucoup plus graves depuis huit jours.

Le jour même de l'entrée, nous constatons ce qui suit : le visage est pâle, profondément altéré ; le pouls est faible, un peu accéléré (92 pulsations par minute).

Le phénomène qui frappe le plus notre attention est une matité complète au sommet du poumon droit : dans le même espace on n'entend point le murmure respiratoire, qui n'est remplacé par aucun bruit anormal.

Dans tout le reste de l'étendue des poumons, on perçoit de nombreux râles sonores et sous-crépitants plus abondants du côté gauche.

La dyspnée est assez intense ; les lèvres sont bleuâtres. La malade succombe le 24 avril, vers six heures du matin.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Dans le thorax nous ne trouvons qu'une seule lésion intéressante : c'est une induration chronique occupant presque tout le lobe supérieur du poumon droit. Cette portion de l'organe est d'un rouge brun, grisâtre dans quelques points ; elle est dense, imperméable, et ne présente aucune friabilité. La consistance du tissu malade, sa sécheresse relative, sa coloration, nous font admettre qu'il s'agit bien évidemment d'une induration inflammatoire chronique.

Le rein droit nous présente un exemple assez remarquable d'hydronéphrose. L'organe tout entier est transformé en cavité d'un volume presque égal à celui du poing. A la place du rein nous ne trouvons qu'un kyste à paroi mince et translucide, communiquant largement avec l'uretère, qui dans ses deux tiers supérieurs est très dilaté, de telle sorte que le calibre de ce conduit pourrait admettre l'introduction du doigt indicateur ; la poche qui semble remplacer le rein, n'est autre chose que le bassinnet considérablement dilaté.

Dans le point opposé à l'insertion de l'uretère, nous trouvons six dépressions, dont la plus grande peut contenir l'extrémité du doigt. Ces dépressions en infundibulum sont les vestiges des calices ; elles correspondent à une partie un peu plus épaisse de la paroi du kyste, et à leur niveau existent encore, dans un espace grand comme une pièce d'un franc, des traces de tissu rénal entre deux feuillets fibreux, de telle sorte que

les débris du rein n'ont aucune communication apparente avec les cavités caliciformes.

Le liquide contenu dans le kyste et dans la portion dilatée de l'uretère, ressemblait à de la sérosité jaunâtre, un peu trouble. Il contenait une assez forte proportion d'albumine, et il n'avait point l'odeur urineuse.

La cause de cette distension hydrorénale n'est pas difficile à trouver.

A la partie inférieure de la dilatation de l'uretère existe une oblitération complète, dont l'étendue ne dépasse guère un millimètre; puis on retrouve des traces du canal réduit à de faibles dimensions.

A un centimètre au-dessous de l'oblitération complète est un petit calcul aplati, triangulaire, qui paraît fixé depuis longtemps.

Vers la terminaison de l'uretère il y a plusieurs autres petits calculs qui n'ont aucune tendance à se déplacer. L'orifice vésical de l'uretère n'est pas oblitéré; en pressant l'extrémité inférieure du conduit, on fait sourdre dans la vessie une goutte de mucus épais.

Le rein gauche est hypertrophié et déformé; sa configuration ressemble plus à celle de la rate qu'à celle du rein normal; son tissu n'est pas altéré. Le bassin, très agrandi, contient, ainsi que les calices, du sable et de nombreux petits graviers; mais l'urine n'y stagne pas actuellement.

L'uretère gauche n'est le siège d'aucune altération.

L'artère et la veine rénales droites ont subi une réduction notable de volume.

Pendant le très court espace de temps que la malade a été soumise à notre observation, l'émission des urines s'est faite sans difficulté; la gravité des symptômes thoraciques a concentré toute notre attention, et nous n'avons recueilli aucun renseignement sur les troubles que cette femme a certainement présentés jadis du côté des reins.

Néanmoins, malgré cette absence complète de renseignements, les lésions anatomiques nous permettent de reconstituer l'histoire de l'hydronéphrose.

Depuis longtemps, la malade était affectée de gravelle; elle

a dû ressentir plus d'une fois des attaques de colique néphrétique.

Un jour, et cela paraît remonter assez loin, des graviers volumineux se sont fixés définitivement dans l'uretère droit, et ont intercepté le cours de l'urine.

Le bassinnet s'est alors considérablement dilaté; le rein droit, dont la sécrétion devenait inutile et même dangereuse, a presque complètement disparu, tandis que le rein gauche s'hypertrophiait pour le suppléer.

Le bassinnet gauche, qui présente aussi un certain degré de dilatation, a été lui-même distendu, soit par le séjour momentané de l'urine, soit plus probablement par la présence de nombreux graviers.

17. M. Duguet montre *deux côtes bifurquées*, à leur partie antérieure, trouvées à l'autopsie d'un varioleux.

L'anomalie porte sur les quatrièmes côtes droite et gauche; à gauche la bifurcation est incomplète, à droite elle existe dans une étendue de trois centimètres environ.

Un muscle intercostal interne surnuméraire se voit au niveau de la bifurcation.

Les autres côtes étaient normales, sauf la dernière fausse côte, qui était très courte de chaque côté, mais bien plus à droite qu'à gauche, comme pour faire une sorte de compensation.

18. M. Paquet montre le cerveau d'un enfant *hydrocéphale* et remet la note suivante :

L'enfant sur lequel a été recueillie cette pièce, est mort à l'âge de trois ans et demi dans le service de M. Giraudeau. Voici les renseignements que les parents nous ont fournis sur la santé de l'enfant avant son entrée à l'hôpital. A l'âge de dix mois, il aurait eu des convulsions à la suite desquelles se serait montrée une amaurose complète, jointe à une paralysie incomplète des membres inférieurs. Quatre mois après, il

entra à l'hôpital des Enfants et à cette époque, on put constater, outre les phénomènes précédemment cités, la diminution de contractilité des muscles des membres supérieurs et inférieurs, principalement des membres inférieurs, avec obtusion de la sensibilité. Pas d'intelligence.

Ces symptômes devant faire supposer une lésion cérébrale, l'attention se porta sur la tête, que jusque là on n'avait pas examinée de près, eu égard à son volume et à sa forme presque normale. On ne trouva aucune trace des sutures ni des fontanelles. Le front était large et les bosses frontales proéminentes, surtout la droite. La moitié droite du crâne était plus développée que la moitié gauche, surtout au niveau de la fosse sphénoïdale. La région occipitale ne présentait pas de développement anormal.

Aucun vice de conformation, pas de rachitisme.

A la fin du mois de février 1864, l'enfant contracta une diphthérie cutanée, qui, débutant derrière les oreilles, s'étendit aux narines, à la commissure des lèvres, à la vulve, à l'anus, et huit jours après, la paralysie devint *complète* dans les membres inférieurs, plus prononcée dans les membres supérieurs, et elle atteignit également tous les muscles *masticateurs*. A partir de cette époque, l'enfant, que l'on pouvait faire manger avec assez de facilité, ne put être nourri qu'avec du lait et du vin. Parmi les muscles de la vie organique, les sphincters furent paralysés, il y eut incontinence. En aucun moment l'œsophage ne fut paralysé, et jusqu'à huit jours avant sa mort, l'enfant avala toujours très facilement le lait et le vin. Mais à cette époque, à la paralysie des muscles masticateurs succéda la contracture : les membres supérieurs devinrent raides, contracturés, tandis que les membres inférieurs restaient paralysés. Enfin, le 30 mars, l'enfant tomba dans le coma, les muscles qui s'étaient contracturés se relâchèrent, et cet état dura jusqu'à la mort qui arriva le 2 avril. A aucune époque de la maladie, nous n'avons pu constater la prédominance de la paralysie ou des contractures du côté droit ou du côté gauche ; elles étaient tout à fait symétriques.

L'examen ophtalmoscopique de l'œil, fait à la fin du mois

de janvier dernier, n'a montré d'autres lésions qu'une hypémie très légère de la papille.

Autopsie. — Ossification complète du crâne; ses dimensions ne sont presque pas augmentées, mais le crâne est déformé, saillant, au niveau de la région temporo-pariétale droite. Les os sont peu épais, sauf en avant, au niveau des bosses frontales où ils ont un demi-centimètre d'épaisseur. Après l'incision de la dure-mère, il s'écoule une quantité de liquide évaluée environ à 150 grammes. Cette membrane et les sinus ne présentent rien de particulier. L'arachnoïde ne présente pas de trace d'exsudat; la pie-mère adhère à la substance cérébrale, surtout au niveau du lobe frontal droit; mais un examen attentif ne montre aucune granulation méningienne, soit dans les scissures, soit sur le trajet des vaisseaux.

Le cervelet, le bulbe et la moelle allongée ne présentent pas de lésion. Le poids total de l'encéphale est de 1,000 grammes. Les circonvolutions cérébrales sont très aplaties dans toute l'étendue du lobe frontal droit. L'incision de ce lobe nous mène dans un kyste formé par le ventricule latéral dilaté. Ce kyste, du volume d'un gros œuf, a pour paroi la substance cérébrale très amincie, sans distinction possible de la substance blanche et de la substance grise, et doublée par la membrane ventriculaire considérablement épaissie; cette membrane atteint dans quelques points trois millimètres d'épaisseur: on y distingue les éléments dissociés des plexus choroides, et des tractus fibreux s'étendent d'une paroi à l'autre. Le trou de Mouro, très dilaté, établit une communication facile avec le ventricule moyen et le ventricule latéral de l'autre côté.

La voûte à trois piliers est réduite à sa portion moyenne, et le corps calleux n'existe qu'antérieurement, et dans une étendue de deux centimètres seulement. Les corps genouillés interne et externe sont atrophiés; cette atrophie est plus marquée du côté droit. Il en est de même des bandelettes et des nerfs optiques. L'examen microscopique nous a montré la raréfaction des tubes des nerfs optiques, mais sans dégénérescence.

La moelle n'a pu être examinée.

Des fragments du nerf sciatique et du nerf médian ont été examinés et trouvés sains. Il en est de même des muscles qui, à l'œil nu et au microscope, ne nous ont offert aucune lésion.

Extrait du rapport de M. Laborde sur l'observation précédente.

Plusieurs particularités fort intéressantes s'attachent à cette présentation ; je ferai ressortir les principales :

Et d'abord l'affection ne paraît pas avoir été congénitale, ce que la marche de la maladie non moins que le siège et la localisation de la lésion auraient pu faire pressentir. Des convulsions, survenue à dix mois ont marqué son début : une double amaurose complète et une paraplégie furent la suite de ces accidents convulsifs, ou plutôt coïncidèrent avec les derniers. Ici se présente déjà une question qu'il serait bien intéressant de résoudre, mais devant laquelle se dressent toujours les mêmes difficultés : les phénomènes convulsifs ont-ils été, dans ces conditions, l'expression symptomatique de l'affection cérébrale en voie de développement, ou bien celle-ci est-elle consécutive aux accidents convulsifs et aux phénomènes de congestion qu'ils entraînent ? Avec la première hypothèse cadrerait assez bien le siège de la lésion dans les ventricules cérébraux ; la seconde a aussi sa possibilité, surtout dans le cas dont il s'agit : notez, en effet, que les convulsions ne se sont montrées qu'à dix mois ; en vérité, il est difficile d'admettre que depuis la naissance jusqu'à ce moment il n'y ait eu aucune espèce de manifestation morbide, si une lésion cérébrale était, en réalité, en train de se faire : les affections cérébrales n'ont point cette manière latente de procéder surtout chez les enfants. Ajoutons, d'ailleurs que dans le fait qui précède les convulsions paraissent ne s'être montrées qu'une seule fois.

Cette question pathogénique à laquelle je ne fais que toucher, n'est pas oiseuse et de pur intérêt scientifique : sa solution importe beaucoup à la pratique ; il n'est pas indifférent pour le médecin, placé en face de ce sphinx de la pathologie infantile

qu'on nomme les convulsions, de savoir quelle en est la cause, la provenance, d'être en mesure de dire si elles constituent un accident passager, de peu d'importance, ou si elles se rattachent, au contraire, à un état morbide grave et capable de compromettre tout l'avenir de la santé physique et intellectuelle du petit malade. Ce problème, j'en conviens, n'est pas toujours facile à résoudre : il doit être d'autant plus l'objet des préoccupations du pathologiste, et l'observation de M. Paquet est de nature, vous le savez, Messieurs, à lui apporter un large tribut d'éclaircissements.

Mais ce n'est point là son seul côté utile et digne de votre attention : bien qu'en apparence, chez l'enfant dont il s'agit, la forme et le volume du crâne ne présentassent rien d'anormal, il était cependant permis à une observation attentive d'y saisir les indices d'une malformation dont la signification véritablement capitale est trop souvent méconnue. .

On ne se préoccupe pas suffisamment de l'examen du crâne chez les enfants : il fournirait fréquemment, si on le négligeait moins, des données décisives pour des déterminations diagnostiques qui restent si souvent en suspens : les déformations partielles de la tête ont surtout, selon nous, une grande importance, et la constatation d'une ou de plusieurs prééminences anormales peut quelquefois, à elle seule, suppléer à l'absence de presque toutes les autres marques distinctives d'une affection cérébrale. Dans le cas qui nous occupe, la perte de la vision, le défaut complet d'intelligence, etc., constituaient, assurément des signes suffisants pour permettre de remonter à l'origine *encéphalique* de l'affection; mais l'existence telle que M. Paquet a pris soin de la constater, l'existence d'un développement exagéré du crâne formant en quelque sorte tumeur au niveau des fosses sphénoïdales, surtout du côté droit, pouvait ajouter à la détermination générale précédente une notion de plus : celle du siège précis et même de la nature de la lésion.

Il n'est pas toujours facile, au premier abord, de découvrir les déformations, bien quelles soient suffisamment accentuées : il est, dans certains cas, nécessaire de faire raser la tête pour enlever toute possibilité de doute : il y a quelques

jours à peine nous avons pu trancher de cette façon, chez une petite fille, une question très délicate de diagnostic qu'il était très important pour nous d'élucider. Je me propose de montrer à la Société quelques faits semblables, que j'étudie en ce moment. J'ajouterai à ce propos, qu'il ne serait pas indifférent de recouvrir à certains moyens de mensuration, tel que celui qui a été imaginé et mis en usage, dans les derniers temps, par M. Broca. Ce n'est pas, veuillez le croire, Messieurs, que j'aie l'intention de ressusciter la phrénologie au profit des enfants, ou plutôt à leur détriment, car, dans l'espèce, il n'y aurait guère qu'à constater des qualités négatives ou absentes; mais appliqué au but que nous avons dit et dans les limites que nous avons essayé de tracer, le *système des bosses* peut, vous venez de le voir, n'être pas sans utilité ni même sans nécessité.

Enfin parmi les autres points qui méritent d'être notés dans ce fait d'un intérêt véritablement inépuisable, nous signalerons le suivant : c'est qu'une *paralysie diphtéritique* est venue s'ajouter en quelque sorte sur la paralysie antécédente. On conçoit que la physionomie de l'affection première ait dû être notablement modifiée par les accidents intercurrents ; nous n'y insisterons pas, les détails très-circonstanciés de l'observation de M. Paquet ne laissant rien à désirer à cet égard.

Je ne crois pas devoir m'étendre sur les détails de l'autopsie, qui a montré l'existence d'une hydrocéphalie ventriculaire double, plus prononcée à droite, constituée par une tumeur kystique du volume d'un gros œuf, et contenant 150 grammes de liquide. L'examen cadavérique est raconté avec autant de soin qu'il a été fait : aucune circonstance digne d'attention n'en est omise ; nous y trouvons notés particulièrement l'épaississement de la membrane ventriculaire exactement évaluée à 3 millimètres, le refoulement et l'aplatissement des circonvolutions et la raréfaction extrême des éléments de substance grise constatée par l'examen histologique ; la destruction de la voûte à trois piliers, l'atrophie des corps genouillés des bandelettes et des nerfs optiques, etc., etc. Enfin M. Paquet n'a pas oublié d'examiner, quelques-uns des fragments péri-

phériques et les muscles, qu'il a trouvés parfaitement intacts dans leur structure élémentaire.

ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR GAUCHE. — FRACTURE PROBABLEMENT ACCIDENTELLE DE CETTE PARTIE DU FÉMUR. — ABCÈS S'ÉTENDANT JUSQU'À LA BASE DU PETIT TROCHANTER. — L'ARTICULATION DU GENOU RESTÉE INTACTE. — MORT. — AUTOPSIE. — Réflexions par M. HENROT, interne des hôpitaux.

Garnon (Elisabeth), âgée de treize ans, est entrée le 4 février 1864 à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Giral-dès; elle fut placée au n° 26 de la salle Sainte-Pauline.

Cette enfant, quoique d'une constitution un peu faible, n'a cependant jamais fait de maladies.

Ses parents se portent bien; son père et sa sœur ont eu des douleurs rhumatismales.

Elle habite un sixième étage, rue du Rempart, n° 7.

La malade et les parents, interrogés d'une façon très attentive, ne se rappellent pas la moindre cause traumatique qui puisse être invoquée comme origine de l'affection. Il n'y a eu ni chute, ni coup porté sur la région, pas de fatigues excessives; si j'insiste sur cette circonstance, c'est pour qu'à l'autopsie, en voyant la fracture du fémur, on ne puisse pas invoquer un traumatisme comme cause primitive de la lésion.

J'insiste aussi sur ce point que la malade n'avait eu ni fièvre typhoïde, ni fièvres éruptives, avant le début de l'affection.

Il y a trois ans, douleur légère dans la jambe, ayant duré peu de temps, du reste.

Début. Vers le 12 ou le 15 janvier, c'est-à-dire *trois semaines* avant son entrée à l'hôpital, la jeune malade se plaignit d'une douleur sourde dans la cuisse gauche; en même temps elle eut des symptômes généraux assez violents pour que le médecin qui la voyait crût à une fièvre typhoïde et lui fit une médication appropriée.

Plus tard, les symptômes généraux persistant, et la douleur

du genou et de la cuisse devenant de plus en plus vive, le médecin traitant crut s'être trompé en diagnostiquant une fièvre typhoïde; il crut alors à un rhumatisme articulaire, et il fit couvrir le genou d'un large vésicatoire.

La douleur alors, qui était très vive au niveau du genou, se prolongeait en suivant le fémur jusqu'à la hanche; ce n'est que huit jours avant son entrée à l'hôpital que les parents s'aperçurent d'une tuméfaction assez considérable de la partie inférieure de la cuisse gauche. La douleur était toujours très vive.

Enfin, le 4 février le médecin de la ville, constatant que la tuméfaction était fluctuante, envoya la malade à l'hôpital.

Le 5 février au matin, voici dans quel état elle se trouvait.

Symptômes généraux. La malade présente à un haut degré l'aspect typhoïde. La fièvre est très vive; le pouls est de 110 à 120; la peau est chaude.

Céphalalgie, agitation, rêvasseries; alternatives d'agitation loquace et d'abattement. Elle vomit tout ce qu'elle prend, même les liquides; la langue est rouge, les lèvres sont fuligineuses; les selles sont normales; l'amaigrissement est très considérable.

Signes locaux. Douleur très vive dans toute l'étendue de la cuisse gauche, s'exaspérant à la pression et aux moindres mouvements de totalité qu'on imprime au membre inférieur. Avec beaucoup de précaution il est possible de faire exécuter de légers mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, sans trop exaspérer la douleur.

Les deux tiers inférieurs de la cuisse présentent une augmentation considérable de volume, surtout si on compare le membre inférieur de ce côté à celui du côté droit qui est très amaigri. Sur la peau on voit les traces d'un large vésicatoire, mais partout ailleurs la peau est pâle; il n'y a pas de rougeur, elle est seulement un peu oedémateuse: pas de stries rougeâtres; le genou de ce côté est aussi considérablement gonflé. La jambe a son volume normal. Dans les deux tiers inférieurs de la cuisse on sent une fluctuation très profonde.

M. Giraldès diagnostique une périostite phlegmoneuse, d'après l'acuité de la douleur existant surtout le long du fémur,

la fluctuation profonde, les symptômes généraux ; il pratique sur la partie interne et inférieure de la cuisse, un peu au-dessus du condyle interne, une large incision avec le bistouri, qu'il plonge jusqu'au fémur.

Il sort une énorme quantité de pus phlegmoneux (sans gouttelettes huileuses), évaluée à plus d'un litre. En plongeant l'index dans la plaie, on sent toute la partie postérieure du fémur, qui est complètement à nu depuis une ligne qui joindrait les condyles jusqu'à la partie moyenne du fémur.

M. Giraldès fait en dehors une contr'ouverture, explore toute la partie inférieure du fémur qui est dénudée. Il se fait par la plaie interne une hémorrhagie qui est arrêtée par acupressure.

Dans la même journée, il se fait trois nouvelles hémorrhagies, qui sont arrêtées avec le perchlorure de fer. On prescrit des toniques : limonade vineuse, julep avec acétate d'ammóniaque, julep morphiné le soir.

Le 6, les symptômes généraux sont restés les mêmes. Affaïssement toujours considérable. Bouillon, vin de quinquina, limonade vineuse, côtelette, perchlorure de fer à l'intérieur.

7-8. Pas de changement.

9. Fièvre toujours très intense, délire, rêvasseries, plaintes incessantes, cris ; elle se croit poursuivie par des animaux furieux. Les plaies donnent écoulement à un pus très fétide, ichoreux ; constipation. On donne un lavement.

La malade peut conserver les liquides, mais elle vomit les aliments solides.

10. La malade peut prendre quelque aliment solide sans le vomir. Douleur à la gorge ; frisson.

11. Nouveau frisson.

12. Erysipèle autour de la plaie. Etat ataxo-adynamique très prononcé : la constipation persiste.

13. L'érysipèle envahit le mollet, puis le pied, et remonte jusqu'à l'aîne.

17. Diarrhée interne. Bismuth.

19. Délire continu ; pouls incomptable. La malade ne se

soutient qu'avec du café quinquina et du vin de Bagnols et de Bordeaux, qu'elle prend facilement et en assez grande quantité.

La face a une pâleur cadavérique. On croit à chaque instant qu'elle va mourir. Elle s'agite toujours beaucoup ; il paraît même que dans la nuit elle a essayé de se lever.

Dans son délire, il paraît également que sa jambe malade (la gauche) frappe sur un mur contre lequel le lit se trouve adossé.

Le 20, on s'aperçoit d'une grande déformation dans le genou ; on croit que l'abcès a envahi l'articulation ; il y a un mouvement de latéralité très marqué : la malade est dans un tel état qu'on n'essaie pas de corriger cette position.

Mort, le 25, après un épuisement qui a amené une maigreur extrême.

Autopsie. Sujet horriblement amaigri. Rien aux centres nerveux, ou très léger piqueté à la coupe ; légère congestion à la base du poumon ; pas d'abcès métastatiques.

Cœur. Pas d'endocardite ni de péricardite ulcéreuse ou autre. Peut-être une très légère injection des valvules sigmoïdes de l'aorte. Caillots fibrineux dans les cavités des ventricules gauches. Rien au foie, à la rate et aux reins. Pas d'ulcération dans l'intestin. Rien dans les grosses veines.

Jambe Infiltration séreuse de toute la jambe gauche ; infiltration purulente du dos du pied.

Articulation du genou complètement intacte, ainsi que celle de la hanche. Rien dans les autres jointures.

Cuisse. La partie inférieure de la cuisse présente une saillie osseuse considérable, constituée par la partie inférieure du corps du fémur qui sort à travers la plaie interne ; cette extrémité est pointue, très irrégulière ; elle vient s'appliquer en dedans de la tubérosité interne du fémur, qui est restée unie au tibia.

Le fragment inférieur du fémur est coupé très obliquement de haut en bas et d'avant en arrière ; les muscles et le périoste sont décollés dans presque toute la circonférence du fémur jusqu'à la base du grand trochanter.

Pièce sèche. Sur la pièce sèche il est facile de voir :

1° La fracture oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière.

2° Toute la surface de l'os, qui était dénudée et qui, dans la plus grande partie de son étendue, est couverte de productions osseuses de nouvelle formation qui, par leur aspect, leur consistance, rappellent un peu ceux du jonc.

Dans d'autres points, comme à la partie postérieure et inférieure, on constate une large ulcération de l'os, dont plus de la moitié de l'épaisseur du tissu compacte a complètement disparu. (Cette particularité se voit très bien sur la coupe longitudinale de l'os.)

Enfin, sur d'autres points où le périoste, encore adhérent, se présentait très injecté et épaissi, on voit des traces d'inflammation du tissu osseux, consistant dans la dilatation considérable des canalicules osseux qu'on aperçoit à travers une mince couche de tissu compacte.

3° La moelle est saine dans toute l'étendue de la diaphyse qui ne correspond pas à la fracture.

Quant au fragment inférieur, il est dénudé dans toute la partie qui n'est pas articulaire, puisque l'articulation était intacte. La coupe de ce fragment inférieur permet de constater que tout le tissu spongieux était infiltré de pus.

4° Il n'y a pas décollement de l'épiphyse.

Remarques. De cette observation on peut tirer les remarques suivantes :

1° Comme étiologie, l'affection, qui a débuté primitivement par le périoste, ne reconnaît aucune cause appréciable ni scrophule, ni syphilis, peut-être le rhumatisme.

2° Comme diagnostic, elle a été prise au début pour une *fièvre typhoïde*, puis ensuite pour un *rhumatisme*. De plus, on aurait pu la confondre avec cette forme de *périostite* qui s'accompagne de lésions des membranes séreuses du cœur.

3° Comme symptômes, on peut se demander comment s'est produite la fracture que l'on a constatée à l'autopsie, fracture qui n'existait certainement pas au début de la maladie. Pour mon compte, je l'explique de deux façons : ou la malade dans son délire s'est donné au genou, contre la muraille, un coup assez violent pour produire la fracture ; ou bien elle est tom-

bée sur le parquet. Les renseignements que j'ai pu avoir à ce sujet sont très vagues : la fille de service avoue toutefois avoir trouvé, la nuit, la malade debout près de son lit.

4° L'articulation du genou était intacte, quoiqu'elle fût entourée, dans toute sa partie supérieure, par un très vaste foyer purulent, dont elle n'était séparée que par la capsule articulaire, la limite de la dénudation arrivant exactement jusqu'à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse.

5° Le décollement épiphysaire ne s'était pas produit.

6° Comme physiologie pathologique, il est facile de remarquer que, quoique l'os ait été dénudé dans toute ou presque toute l'étendue de la diaphyse, la moelle est restée saine, si ce n'est à sa partie inférieure dans le point correspondant à la fracture.

7° La couche osseuse de nouvelle formation, qui correspond à toute la surface qui était dénudée, semble sécrétée par l'os lui-même et non par le périoste, puisque celui-ci en était séparé par une collection abondante de pus.

8° Enfin, on voit que de la partie postérieure, qui est ulcérée, il a dû se détacher de petits séquestres lamellaires, et dans la partie osseuse qui est située immédiatement au-dessous, on voit ce travail d'élimination en train de se faire, puisque dans certains points le tissu compact ne forme plus qu'une lamelle osseuse extrêmement mince, adhérent à peine au tissu sous-jacent.

ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU FÉMUR GAUCHE. — OSTÉO-MYÉLITE. — DÉCOLLEMENT DE L'ÉPIPHYSE. — COMMUNICATION AVEC L'ARTICULATION. — AMPUTATION DE LA CUISSE. — MORT. — AUTOPSIE. — Réflexions par M. HENROT, interne des hôpitaux.

Huet (Louis), âgé de *dix ans et demi*, est entré à l'hôpital des Enfants le 30 mars 1864, au n° 49 de la salle Saint-Cosme dans le service de M. Giraldès, pour un abcès sous-périostique de la partie inférieure du fémur gauche.

Cet enfant qui, sans être fort, n'avait cependant fait aucune

maladie, est malade depuis *dix-sept jours* lors de son entrée.

Il habite dans la banlieue de Paris un logement qui, au dire des parents, est assez sain; il ne semble pas être humide, ni trop resserré. L'enfant n'a jamais souffert dans aucune articulation; il se livre seulement depuis longtemps à la masturbation, malgré les efforts assez actifs que ses parents ont essayés pour lui faire perdre cette mauvaise habitude.

Ses parents, qui sont campagnards, sont très-robustes; ils n'ont jamais eu de rhumatisme ou d'affection constitutionnelle.

Le 16 mars, sans que les parents ni l'enfant aient remarqué le moindre traumatisme (ni chute, ni coup porté sur la région), sans que l'enfant ait subi des fatigues excessives, il éprouve dans la partie inférieure de la cuisse gauche et dans le genou une douleur assez vive, qui ne lui permet de marcher que difficilement d'abord, et qui bientôt le force à garder le lit.

En même temps que ces douleurs devenaient chaque jour plus vives, le malaise et la fièvre devinrent de plus en plus grands : le médecin qui voyait l'enfant crut à un rhumatisme et lui fit un traitement approprié, mais peu actif du reste.

Bientôt la douleur devenant toujours plus vive, on vit apparaître un gonflement de l'articulation du genou gauche et de la partie inférieure de la cuisse du même côté; ce gonflement ne fit qu'augmenter, ainsi que les symptômes généraux (fièvre, perte complète d'appétit, subdelirium la nuit, loquacité insolite pendant le jour).

Le médecin, frappé du gonflement considérable de la région et croyant à un abcès volumineux de la partie inférieure du fémur qui s'était ouverte dans l'articulation, envoya le malade à l'hôpital où il entra le 30 mars.

Le 2 avril, le malade examiné par M. Giraldès présente les symptômes suivants :

L'enfant est déjà très-affaibli, il est considérablement amaigri; sa peau est d'une blancheur mate, un peu œdémateuse dans les parties déclives. La douleur du genou est tellement vive que les moindres pressions font pousser des cris affreux au malade; celle-ci existe non seulement autour de la rotule au niveau du grand cul-de-sac supérieur de la synoviale, mais

encore en arrière de l'articulation, et sur la partie postérieure de l'extrémité inférieure du fémur.

Les moindres mouvements du genou sont très-douloureux; le malade étant étourdi avec le chloroforme, il devient possible de s'assurer : 1° que les mouvements se font facilement dans l'articulation, ce qui fait espérer qu'elle n'est pas prise ; 2° qu'il existe autour du fémur un abcès dont on perçoit du reste la fluctuation d'une façon assez évidente.

Le malade est très souffrant, se plaint beaucoup ; la fièvre est encore vive, le pouls très-fréquent. L'agitation est grande sans aller cependant jusqu'au délire.

M. Giraldès ayant constaté la fluctuation pratique sur les parties latérales en dedans et en dehors de larges ouvertures en enfonçant immédiatement son bistouri jusqu'à l'os.

Il sort une quantité considérable de pus. Le doigt qui peut être facilement introduit par les ouvertures constate une dénudation de toute la partie inférieure du fémur; non seulement en arrière, mais encore en enfonçant profondément le doigt indicateur, on peut lui faire contourner, soit par une plaie, soit par l'autre, toute la partie inférieure du fémur, tant sur ses faces postérieure et latérale que sur sa face antérieure.

En haut et en arrière le doigt ne peut pas atteindre la limite de la dénudation; en bas il ne peut arriver jusqu'aux condyles du fémur, et atteindre la limite du décollement du périoste, qu'on sent épaissi, boursoufflé et comme fongueux.

La quantité de sang qui s'écoule est peu considérable; un tube de drainage assez volumineux est passé par les deux plaies; on fait une légère compression avec de la charpie pour arrêter le suintement sanguin qui se fait par les plaies.

M. Giraldès à ce moment croit toujours que l'articulation est restée saine; seulement comme en pressant sur les parties latérales de la rotule on fait sortir du pus par les incisions, il croit à une infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Un régime fortement tonique est prescrit au malade : du vin de quinquina, du café quinquina, du vin de Bagnols, un peu de viande blanche.

Les jours suivants (7, 8 avril) l'état du malade s'était sensiblement amélioré; le pouls était toujours très fréquent, la peau très chaude; cependant le malade buvait, et il prenait assez volontiers des viandes blanches et du bouillon. Il survint vers cette époque une diarrhée assez intense.

Comme état local, les parties malades étaient beaucoup dégonflées, des injections désinfectantes étaient pratiquées deux fois par jour par les plaies.

En pressant sur la face antérieure et sur les faces latérales du genou, on perçoit une sensation d'écrasement, comme si des caillots sanguins se broyaient sous les doigts par ces pressions même légères; en augmentant un peu la pression, on fait sortir du pus par la plaie interne en quantité assez considérable. Il s'agissait de savoir si ce pus venait de l'articulation. M. Giraldès ne le pensa pas; il n'y avait du reste aucun point saillant par où on eût pu pratiquer une contreouverture. Le drain est retiré depuis deux jours. Le 9 avril, le malade est chloroformé pour permettre un examen complet des parties malades.

Le doigt indicateur introduit successivement par les deux plaies permet de constater un décollement considérable; du côté de l'articulation on ne perçoit rien de plus qu'au premier examen; le périoste décollé et comme fongueux peut être exploré sur ses deux faces avec le doigt.

On sent très bien en dedans, le tubercule d'insertion du grand adducteur qui est complètement dénudé.

On ne constate pas de communication entre le foyer purulent et la cavité articulaire.

Le drain est remplacé, le genou est placé dans une gouttière à résection.

Injectons fréquentes par la plaie.

L'enfant pâlit et s'affaiblit de plus en plus: la nuit il a peu de délire, le jour il est tantôt très surexcité, tantôt dans l'abattement, ce qui tient beaucoup à ses habitudes de masturbation qu'on ne peut vaincre, même en lui mettant la camisolle de force.

A partir de ce jour (9 avril) il commence à éprouver dans la soirée et dans la nuit de petits frissons répétés.

Il se plaint de crampes dans les jambes.

Il crie toute la nuit; délire; on est obligé de lui retirer la gouttière qui avait été placée.

Le 14 avril, la cuisse est dans l'adduction.

Il s'écoule toujours une quantité considérable de pus.

L'articulation est considérablement tuméfiée; en pressant autour de la rotule on fait couler par la plaie interne, sous forme de jet, une quantité de pus assez considérable, qui bien certainement vient de l'articulation, car les pressions sur la partie postérieure de la région, et sur les parties latérales du ligament rotulien, produisent aussi la sortie du pus.

De l'autre côté, en pressant la partie supérieure du fémur un peu au-dessous de l'articulation coxo-fémorale, on fait couler du pus en abondance par la plaie interne, ce qui fait croire que le foyer remonte très-haut. Dans les mouvements imprimés à l'articulation coxo-fémorale gauche on sent des craquements qui font craindre dans cette articulation un travail analogue à celui qu'on constate dans l'articulation du genou. L'état général semble ne pas s'être aggravé; moins de frissons que les jours précédents.

L'enfant a pris depuis deux jours de l'aconit.

Le pouls est fréquent et très petit.

Les selles sont nombreuses et involontaires.

L'amaigrissement est considérable.

Le 15 avril, *amputation* de la cuisse un peu au-dessous de la moitié de l'os, par la méthode à lambeaux. Le malade est chloroformé, et perd peu de sang; l'os est scié sur une partie complètement privée de son périoste.

Sur les lambeaux on trouve des masses fongueuses que l'on détache avec les ciseaux.

Les lambeaux sont appliqués l'un contre l'autre, mais sans chercher la réunion par première intention.

Eau laudanisée sur la plaie. Potion calmante.

Le soir, un vomissement.

L'enfant est excessivement pâle; il est content d'être débarrassé de sa jambe.

Il n'a pas de frisson.

La figure est un peu oedématisée.

La diarrhée est arrêtée.

Les jours suivants on ne désespérait pas de son état, car il continue à manger et à se soutenir avec les toniques, s'il ne se masturbait d'une façon effrayante malgré tous les soins qui sont pris pour l'en empêcher.

Le 21, délire assez calme dans la journée, agité le soir. Il est complètement prostré; le moignon donne une suppuration extrêmement abondante et extrêmement fétide.

L'extrémité inférieure de l'os, complètement dénudée, tend à sortir par la plaie; on cherche à s'y opposer.

Le pouls est très-petit.

Les frissons réapparaissent.

Il mange à peine.

Le 23, il meurt.

Autopsie. — 1^o *Examen du moignon et du cadavre.* Les lambeaux ne se sont pas réunis, les trois quarts inférieurs du fémur sont dénudés, l'extrémité de l'os baigne dans le pus.

Au niveau de l'aîne on trouve un assez vaste abcès, sur le trajet de la veine crurale. Celui-ci incisé, on voit qu'il se prolonge à son extrémité inférieure jusqu'à la plaie du moignon, en suivant la veine.

A son extrémité supérieure jusqu'à la veine cave ascendante, la veine iliaque externe et primitive sont complètement gorgées de pus phlegmoneux sous forme d'un cordon plus gros que le doigt.

Près de l'embouchure de la veine iliaque primitive dans la veine cave, on trouve un petit caillot, désagrégé dans presque toute son étendue, formé d'une boue noirâtre et pulpeuse.

Dans la veine cave ascendante on retrouve du pus mêlé aux caillots.

Foyers apoplectiques et purulents dans les poumons et la rate.

L'articulation coxo-fémorale était saine.

2^o *Examen du membre amputé.* En prolongeant les incisions faites sur le vivant, on arrive faciement sur le fémur qui est dénudé dans toute son étendue; des fongosités grisâtres ta-

pissaient à l'intérieur tout le foyer qui communiquait avec l'articulation du genou par une large ouverture.

Celle-ci était pleine d'un pus séro-purulent.

Du côté des parties mates on trouve des fongosités qui semblent de date très récente.

La partie supérieure du tibia et les cartilages qui la recouvrent sont sains.

Sur la pièce desséchée on constate :

1° A l'extérieur, la disjonction de l'épiphyse; de plus :

Les condyles sont revêtus de leur couche cartilagineuse, mais en certains points, celle-ci présente des érosions qui laissent l'os à nu; autour de celle-ci le cartilage est aminci et soulevé, de sorte qu'il tend à se séparer de la partie osseuse.

Dans d'autres points on voit de petites érosions arrondies permettant au pus osseux de venir s'épancher dans la cavité articulaire.

Sur la face interne du condyle interne ces ouvertures sont tellement nombreuses que le cartilage en ce point ressemblait à un véritable filtre.

La partie inférieure de la diaphyse du fémur est revêtue de périoste fongueux que l'on sentait très bien sur le vivant en introduisant le doigt dans la plaie. Au-dessous de ce périoste le tissu compacte est complètement détruit; à l'état frais il était infiltré de pus. Toute la partie inférieure du fémur tant en avant que sur les côtés est dans cet état.

Dans le reste de la diaphyse de l'os on trouve des points enflammés, où le tissu compacte est soulevé sous forme de lamelles très minces, séparées du reste de l'os par des canaux plus ou moins dilatés.

Dans d'autres points on voit des sécrétions osseuses formant une couche grisâtre ayant tout à fait l'aspect du jonc desséché, se laissant déprimer avec une grande facilité par la pression de l'ongle.

2° Sur la coupe longitudinale, on constate que dans la partie inférieure de la diaphyse tout le tissu compacte périphérique est détruit, et que le reste de la substance osseuse est creusé de cavités profondes : sur le vivant toute cette partie était infiltrée de pus.

Enfin la légère couche de tissu compacte, qui sépare le tissu aréolaire de l'extrémité inférieure de la diaphyse de l'épiphyse, est détruite dans beaucoup de points, de sorte, qu'à l'état frais il y avait une couche de pus entre l'épiphyse et la diaphyse.

Réflexions. — On voit que ces deux observations présentent, comme étiologie et comme symptômes, une grande ressemblance.

Pas de cause appréciable bien évidente.

Pas de traumatisme.

Dans le premier cas, au début ce sont les symptômes généraux qui ont attiré l'attention du médecin qui, laissant de côté la douleur sourde du genou, a diagnostiqué une fièvre typhoïde.

Dans le second cas la douleur fut remarquée et traitée avant que les symptômes généraux prissent une intensité marquée, à une époque plus avancée.

La douleur, la tuméfaction, la fluctuation, furent sensiblement les mêmes dans les deux cas, sur le vivant; il était donc à peu près impossible au début de diagnostiquer la variété anatomique d'abcès sous-périostique, simple dans un cas, et d'ostéo-myélite dans l'autre cas.

Il n'y a que lorsqu'on fut certain que l'articulation du genou était prise, qu'il devint possible de faire le diagnostic complet de la lésion anatomique, puisqu'on sait que, dans la généralité des cas, les articulations conservent leur intégrité dans les abcès sous-périostiques proprement dits, tandis qu'au contraire elles sont presque fatalement prises dans les cas d'ostéo-myélite.

C'est donc surtout dans la lésion anatomique qu'on trouve la différence la plus sensible. Dans la première, le tissu compacte est extrêmement aminci; il est réduit à une lame très mince, tellement mince, que cet os s'est cassé sous l'influence d'un choc ou peut-être d'une chute; la moelle est restée saine; mais il est probable que si la fracture ne s'était pas produite, cette très faible lamelle de tissu compacte aurait pu être détruite dedehors en dedans; le pus se serait alors trouvé en présence du tissu aréolaire et y aurait déterminé l'ostéo-myélite qu'on retrouve dans le second cas. On voit du

reste sur la coupe longitudinale du tissu compacte, que l'usure de ce tissu, qui est nulle vers la partie supérieure, augmente de plus en plus à mesure qu'on s'approche de l'extrémité inférieure.

Dans le second cas, la moelle de tissu compacte a subi un degré de plus d'altération; au lieu d'être très amincie, elle a été complètement détruite: d'où l'on peut conclure que l'ostéomyélite n'a été produite que consécutivement à l'abcès sous-périostique.

Enfin, dans le dernier cas, l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure étant produite, le décollement de l'épiphyse et l'envahissement de la cavité articulaire par le pus, ne furent que des conséquences de la lésion primitive. On voit donc que l'analogie qu'on trouvait entre ces deux cas, comme étiologie et comme symptôme, se retrouve aussi dans l'anatomie pathologique, et que la différence apparente ne tient qu'à cette circonstance que la lésion est plus avancée dans un cas que dans l'autre.

RAPPORT DE M. DUGUET SUR LES OBSERVATIONS QUI PRÉCÈDENT.

Les deux faits de périostite phlegmoneuse que M. Henrot a pu rencontrer et mettre simultanément sous vos yeux, donnent un tableau à peu près complet de la maladie, et plusieurs des détails qui s'y rattachent me paraissent de nature à jeter quelque jour sur certains points encore obscurs de cette importante question. Mais avant d'aller plus loin, et pour servir de base à mon appréciation, j'ai besoin de vous en retracer les principaux traits.

I. Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de treize ans, de constitution faible, entrée le 4 février, dans le service de M. Giraudeau, vingt jours environ après le début de sa maladie.

Celle-ci avait commencé par une *douleur fixe* au-dessus du genou gauche, accompagnée de phénomènes généraux, tels qu'on avait songé tout d'abord à une *fièvre typhoïde*. Puis, la douleur devenant *atroce*, on crut à un *rhumatisme*. Enfin, le

4 février, aux élancements avait succédé une tuméfaction *fluctuante*.

Le 5, M. Giralès, en présence de l'état général typhoïde, et de l'état local, reconnaît une *périostite plegmoneuse*. Il fait de chaque côté de l'extrémité inférieure, du fémur, une incision profonde, d'où s'écoule environ un litre de pus, non huileux : le décollement de l'os s'étend des condyles au milieu de la diaphyse.

Les jours suivants, la rémission attendue n'arrive point : deux frissons précèdent l'arrivée d'un érysipèle qui éclate le 12 avec des phénomènes ataxo-adyamiques.

Le 20, on remarque une déformation considérable au niveau du genou gauche : la mort arrive le 25.

L'autopsie fait voir des lésions bornées à l'extrémité inférieure du fémur. Le périoste épaissi, détruit par places, est décollé jusqu'au grand trochanter : l'extrémité inférieure de la diaphyse fait saillie par l'incision interne; elle est séparée totalement des condyles restés en place et a glissé sur eux. Le fragment supérieur est le siège d'une ostéite intense, concentrée surtout en bas et en arrière, où la raréfaction du tissu osseux est considérable : en avant il est recouvert de stalactites osseuses. Le fragment inférieur présente la même altération avec raréfaction et infiltration purulente; mais l'épiphyse, en partie décollée seulement, paraît saine; il en est de même de la moelle.

En résumé : *Ostéo-périostite juxta-épiphysaire aiguë* de l'extrémité inférieure du fémur gauche, terminée par érysipèle chez une jeune fille de treize ans. (Je reviendrai plus loin sur cette dénomination).

II. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un enfant de dix ans et demi, masturbateur effréné, entré le 30 mars dans le service de M. Giralès, quinze jours après le début de ses accidents.

Ceux-ci avaient commencé également par une douleur vive et spontanée dans le genou, gauche; quelques jours après s'était montrée une fièvre intense. On crut à un *rhumatisme*; mais bientôt les phénomènes généraux prirent une gravité insolite; et la fluctuation devint manifeste au niveau du genou.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, 2 avril, M. Giralès reconnaît ici encore, une *périostite phlegmoneuse*, pratique deux incisions latérales profondes qui font découvrir une dénudation énorme du fémur. L'articulation du genou paraît saine.

Les jours suivants, on trouve une rémission sensible; mais le 14 le genou est rempli de pus; l'état général s'aggrave; aucun moyen ne peut empêcher l'enfant de se masturber. Le 15, amputation par la méthode à lambeaux; mais, après plusieurs frissons, le malade meurt le 23 d'infection purulente.

On trouve à l'autopsie : 1° une phlébite de la veine crurale gauche, suppurée, et remontant jusque dans la veine cave; puis des noyaux métastatiques (1^{er} et 2^e degré) dans les poumons et la rate.

2° Le fémur, en grande partie dénudé : on suit le pus jusque dans la synoviale du genou. L'épiphyse, à peu près saine, est complètement détachée de la diaphyse. Le cartilage articulaire est érodé en plusieurs points; quelques-unes de ces érosions placées à son pourtour servaient manifestement à conduire le pus de la diaphyse dans la jointure.

Le périoste est fongueux dans les points où il n'est pas détruit. L'extrémité inférieure de la diaphyse est recouverte en avant d'une couche récente d'apparence osseuse, très-friable; mais au-dessous, elle est comme vermoulue, et le centre est creusé de cavités irrégulières remplies de pus, surtout au voisinage du cartilage de conjugaison qui est détruit et remplacé par une couche considérable de pus. Les altérations ont atteint la moelle d'une façon notable.

En résumé : ostéo-périostite juxta épiphysaire aiguë de l'extrémité inférieure du fémur gauche, décollement épiphysaire; ostéomyélite et arthrite purulente consécutives. Amputation, mort par infection purulente.

A ces divers caractères, Messieurs, vous reconnaissez sans peine cette affection propre à la jeunesse, médicale en apparence, chirurgicale au fond, inconnue dans son origine, rapide dans sa marche, presque toujours fatale dans son évolution, et se traduisant par des lésions variées, mais constantes, du périoste et des os, sur des points d'élection.

Il est rare de la rencontrer en dehors de la période de douze à dix-sept ans; le premier sujet de M. Henrot est âgé de treize ans; le deuxième n'a que dix ans et demi; c'est un fait exceptionnel sans doute, mais qui n'est point sans exemple, puisqu'on en cite de 9, 7 et même de 2 ans.

Par une circonstance bizarre, et qui n'a pas encore, que nous sachions, trouvé d'explication, toutes les observations de *périostite phlegmoneuse*, à l'exception d'une seule, appartiennent à des enfants mâles.

M. Henrot a été assez heureux pour pouvoir vous exposer, dans sa première observation, un second et remarquable exemple de *périostite phlegmoneuse*, développée chez une jeune fille de treize ans.

La relation de ces deux faits vous a montré les déceptions successives qui attendent chaque jour le praticien aux prises avec cette maladie. Dans le premier, on croit assister à l'évolution d'une fièvre typhoïde; puis on l'abandonne pour un rhumatisme; enfin, et en face de la fluctuation, il faut bien reconnaître l'erreur; dans le deuxième l'idée d'un rhumatisme domine en premier lieu, et enfin, l'aspect des phénomènes généraux graves, et de la fluctuation, ramène au véritable diagnostic.

Et cependant, au milieu de ces phénomènes généraux, bien faits certainement pour tromper, existait, dès le début, une douleur fixe, exécrante (comme disent les Anglais), et je ne doute pas que des médecins prévenus et attentifs, dans les deux faits en question, n'eussent pu dès l'abord mettre en cause l'affection devenue trop tard plus évidente. Certes, il ne m'appartient pas de faire ici le procès à personne; et, je le répète, il faut être bien prévenu et bien sur ses gardes pour ne pas s'en laisser imposer. Tel est le sort de toutes les affections récemment mises en lumière, mais dont l'histoire n'est pas encore dégagée de toute obscurité. Nous voyons chaque jour la *périostite phlegmoneuse* confondue avec la fièvre typhoïde, le rhumatisme, avec la méningite même et la tuberculose aiguë. Espérons que bientôt les erreurs du passé serviront d'instruction et de guide pour l'avenir.

Qu'on ne s'y trompe pas; la *périostite phlegmoneuse* n'est

pas une affection purement locale; tous les médecins l'ont reconnu, et M. Chassaignac faisait preuve d'un grand sens clinique, quand, peu satisfait du nom d'ostéomyélite qu'il venait de lui donner, et qui devait conduire à des confusions regrettables, il proposait de l'appeler d'une façon moins anatomique, mais plus pittoresque et plus vraie : *typhus des membres*.

Bien qu'on ignore entièrement quelle est la nature du trouble général qui préside à cette terrible manifestation morbide, et que l'on ait tour à tour accusé la syphilis, la scrofule, le rachitisme et le rhumatisme, il faut s'incliner devant les autorités et devant les faits.

S'il est une maladie générale qui ait une grande analogie avec la *périostite phlegmoneuse*, c'est le *phlegmon diffus*. Personne n'osera nier qu'un principe général ne préside au développement de cette dernière maladie, et cependant la nature de ce principe est encore à découvrir. Cette analogie a été particulièrement mise en relief par M. Gamet dans sa remarquable thèse inaugurale (1862), puisée aux enseignements de l'école de Lyon. Ce qui distingue le phlegmon ordinaire du phlegmon diffus, distingue la périostite simple de la périostite phlegmoneuse. Il y a plus, l'analogie s'étend jusqu'au traitement.

En effet, s'il n'est pas indifférent de livrer à lui-même un érysipèle phlegmoneux ou de le traiter de bonne heure et surtout chirurgicalement, bien qu'il soit la manifestation d'un état général, il n'est pas non plus indifférent d'agir, et d'agir vite, dans la *périostite phlegmoneuse*. Les quelques faits de guérison d'abcès sous-périostiques sont dus, comme on le sait, aux grandes incisions, et j'ajoute aux incisions faites de bonne heure.

Il est donc important de poser dès le début un diagnostic sûr; puisqu'il doit s'ensuivre une méthode thérapeutique rationnelle qui est unique, et qui, appliquée trop tard, manque son but. Que peut-on espérer d'une incision, même profonde, alors que, périoste et os sont détruits, sur une étendue toujours considérable; alors que le recollement n'est plus possible? C'est quand le pus va naître, et il naît ici rapidement,

qu'il faut lui créer une issue. Livré à lui-même, le pus mortifie les tissus et produit de vastes décollements; une incision, à cette période, n'est plus qu'une opération palliative; le malade succombe à l'épuisement, ou à quelque complication; accidents que ne conjure presque jamais une amputation faite dans des conditions ordinairement déplorables.

Telle a été la marche fatale des deux malades de M. Henrot. Chez le premier, l'ouverture du foyer fit sortir une quantité énorme de pus, et le décollement occupait tout le fémur, jusqu'au grand trochanter; aussi, le soulagement a-t-il été nul, et la jeune fille a succombé en peu de temps à l'érysipèle. Chez le second, l'issue d'une grande quantité de pus, malgré un décollement presque aussi vaste, avait procuré un faible soulagement; mais les accidents locaux, loin d'être enrayés, s'étant compliqués d'arthrite purulente, il fallut amputer. La terminaison eut lieu rapidement, par infection purulente, complication aussi fréquente que l'érysipèle.

De l'examen de ces deux faits, il ressort donc clairement, une fois de plus, pour le praticien, la nécessité de se tenir en garde, de porter un diagnostic précis, et de remédier au mal par une intervention qui sera d'autant plus efficace qu'elle sera prompte.

Après ces considérations qui ont trait à la pratique, revenons un instant sur quelques autres points.

L'histoire des maladies des os, comme vous le savez, n'a pas été constituée d'emblée. Tant qu'on n'a pas fait jouer au périoste son véritable rôle, celui de membrane nutritive, tant qu'on n'a pas étudié le mode de développement de l'os, la pathologie osseuse a été enveloppée d'une obscurité profonde. L'état de nos connaissances à ce sujet ne remonte guère au-delà de notre siècle. C'est ainsi qu'en 1818 paraît timidement le travail de Crampton sur la *périostite syphilitique*. Blandin, en 1829, Reynaud en 1831, écrivent sur l'*ostéomyélite*. L'étude de l'ostéite date véritablement de Gerdy; et les abcès sous-périostiques ne sont réellement connus et décrits qu'à partir de 1852.

A cette époque, Schützemberger faisait ses leçons à Strasbourg, sur la périostite phlegmoneuse. Un an plus tard,

M. Chassaignac étudiait spécialement les *abcès sous-périostiques*; cinq ans après, M. Klose appelait l'attention sur le *décollement épiphysaire*, et M. Gosselin décrivait son *ostéoarthritis épiphysaire aiguë suppurée*. Enfin, en 1862, M. Gamet publiait son travail sur l'*ostéo-périostite junta épiphysaire aiguë*.

Comme on le voit, à mesure que cette maladie est mieux connue, les auteurs, à l'envi, cherchent à lui donner une dénomination significative et précise, qui puisse rappeler la nature et le siège de ses altérations anatomiques.

Ce n'est jamais sans peine qu'une affection récemment découverte parvient à se dégager nettement, comme entité morbide. Chaque jour apporte, avec de nouveaux faits, de nouvelles manières de voir. Mais revenons à la partie anatomique.

Il y a dans l'abcès sous-périostique une première lésion; c'est la périostite; tous les auteurs l'ont vue, mais sans lui attribuer la même importance.

A Strasbourg, la constance de cette altération avait frappé à ce point qu'on donna à la maladie le nom de : *périostite phlegmoneuse*. De son côté, M. Chassaignac, ayant trouvé une lésion de la moelle, avait pensé que celle-ci pouvait bien être le point de départ des accidents morbides, et l'avait appelée *ostéomyélite*. Mais le périoste a, en sa faveur, un grand nombre de pièces anatomiques; la moelle en est presque dépourvue; et toutes les fois que l'ostéomyélite a été constatée, elle n'a jamais marqué le début du mal. C'est ce que nous avons pu vérifier sur les deux pièces de M. Henrot. L'ostéomyélite n'a existé qu'une fois, et a pu, avec l'arthrite, être considérée comme un degré plus avancé des altérations pathologiques.

Lorsque, en 1858, M. Klose proposait la dénomination de : *décollement épiphysaire aigu*, il signalait une lésion plus fréquente que l'ostéomyélite, sans doute, et plus directement liée à la maladie; mais c'était encore s'appuyer sur une lésion qui n'est point constante. Vous avez pu voir, en effet, que ce signe manque sur la première pièce, tandis que, sur la seconde, l'épiphyse et la diaphyse sont complètement séparées l'une de l'autre.

M. Gosselin, à son tour, en décrivant l'arthrite épiphysaire

aiguë suppurée, paraissait faire de l'arthrite un phénomène primordial, et de l'épiphyse un siège habituel de la maladie. Or, et les pièces de M. Henrot viennent encore le démontrer amplement : 1° l'arthrite n'existe pas toujours ; 2° l'épiphyse est ordinairement indemne de toute altération.

L'arthrite, en effet, n'est pas un phénomène du début. M. Chassaignac ne l'a jamais observée avant le douzième jour. Dans la deuxième observation de M. Henrot, elle s'est montrée au bout de un mois, et elle s'est faite, selon le mode indiqué par M. Gosselin, à l'aide des vermoulures placées au pourtour de la jointure et du cartilage épiphysaire, et conduisant le pus de la diaphyse dans l'article.

Il en est de même des altérations épiphysaires ; elles sont toujours moins avancées que celles de la diaphyse, et doivent être regardées comme consécutives.

Enfin, M. Gamet propose une dénomination qui, si elle n'a point pour elle le mérite de la brièveté, me paraît atteindre son but : celui de préciser, comme cela n'avait pas été fait jusqu'ici, la nature et le siège de l'affection. Il l'appelle : ostéo-périostite juxta-épiphysaire aiguë, par opposition à l'ostéo-périostite juxta épiphysaire chronique de M. Ollier. C'est indiquer, en effet, et la constance des altérations du périoste et du tissu osseux, et le siège d'élection à l'extrémité épiphysaire de la diaphyse.

En cela, M. Gamet voit l'application d'une idée qui a certainement pour elle beaucoup d'originalité. Pour lui, comme pour M. Ollier, son maître, de 11 à 17 ans, l'épiphyse et la diaphyse sont unies par une articulation transitoire, une sorte d'amphiarthrose, dont le cartilage a ses maladies jusqu'ici complètement méconnues, comme il a sa fonction, depuis peu mise en lumière, celle de présider à l'élongation et au développement de l'os. L'ostéo-périostite juxta-épiphysaire serait une maladie de cette jointure. Née de ce point, comme centre, elle rayonnerait en tous sens pour produire successivement et de proche en proche toutes les lésions que nous avons énumérées.

Mais cette vue, très-ingénieuse, ainsi appliquée à la pathologie, n'a point pour elle, j'osé le dire, la sanction des faits. Il est clair qu'une maladie née dans ces conditions, au milieu

de cette amphiarthrose, devrait amener tout d'abord un décollement, et ensuite une ostéite des deux surfaces articulaires, décollement et ostéite qui sont loin de se rencontrer dans tous les cas, et que ne présentent point les pièces de M. Henrot.

Au contraire, dans la première, le travail morbide paraît avoir respecté entièrement cette amphiarthrose, et s'être concentré quelques centimètres au-dessus, au centre même de l'extrémité épiphysaire de la diaphyse. L'ostéite, à ce niveau, a été tellement intense, et la raréfaction du tissu osseux tellement grande, qu'il y a eu solution de continuité complète, et qu'on a pu croire un instant pendant la vie à une fracture. On a essayé en vain de se rendre compte de cette solution de continuité en dehors de l'interprétation actuelle. C'est un fait unique, à ma connaissance, dans des observations de ce genre, et il n'a qu'une analogie très-éloignée avec ce que l'on a décrit sous le nom de : Décollement épiphysaire avec glissement, puisque, dans le cas présent, le décollement épiphysaire vrai n'existait pas.

Par conséquent, sans nier en rien l'action physiologique ni morbide du cartilage de transition, je pense qu'il ne faut pas perdre de vue le périoste; qu'il faut, au contraire, lui accorder, à lui aussi, une part active dans les maladies, comme dans la nutrition des os.

ÉTRANGLEMENT INTERNE PRODUIT PAR L'ADHÉRENCE DE DEUX
ANSES DE L'INTESTIN GRÊLE. MORT. AUTOPSIE, par M. L. FONTAN,
interne des hôpitaux.

Anastasie G..., âgée de 35 ans, cuisinière, entre le 26 décembre 1863 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. le docteur Cazalis. D'une constitution assez robuste, elle offre les signes extérieurs d'une bonne santé. Peu de renseignements au point de vue des antécédents, surtout en ce qui concerne les fonctions génératrices. Elle affirme n'avoir jamais eu de rapports sexuels. Le mal avait débuté, quatre jours avant son arrivée dans le service par des coliques, avec fièvre, nau-

sées et vomissements. Le ventre présente un développement irrégulier, mais peu considérable; il y a de la tympanite qui occupe la fosse iliaque gauche et s'étend un peu du côté de la région hypogastrique. Ces parties sont douloureuses, sans que la pression y détermine cependant une sensibilité trop vive. En même temps, la peau est chaude, le pouls petit et déprimé. Perte de l'appétit, vomissements bilieux, suppression des gardes robes; les lavements n'ont amené qu'une selle depuis le commencement de la maladie.

Les accidents se sont montrés deux ou trois jours avant l'époque des règles; leur début a été subit et est survenu sans cause appréciable. Cette circonstance aurait pu peut-être les faire rapporter à une origine cataméniale, et faire penser à une hématocele péri-utérine; mais le toucher vaginal ne donnait la sensation d'aucune tumeur circonscrite; il y avait seulement une sorte de soulèvement en masse du plancher péritonéal du bassin, absolument semblable à la tuméfaction que le palper de la fosse iliaque faisait percevoir à l'extérieur. L'exploration minutieuse des anneaux naturels de la cavité abdominale n'a permis de constater dans aucun de ces points l'existence d'une hernie. D'un autre côté, si le gonflement qui envahissait une partie de la région de la vessie, avait pu simuler une rétention d'urine, le cathétérisme auquel on a eu recours eût suffi pour lever, à cet égard, tous les doutes. Somme toute, le jour de l'arrivée de la malade, l'ensemble des phénomènes observés et leur peu d'intensité se rapprochaient assez de ceux d'une péritonite partielle, mais d'une péritonite modérée, sans sidération très-forte.

Comme traitement, une application de sangsues fut faite et amena pendant deux jours un peu de détente dans les douleurs. Quant aux purgatifs qui furent administrés, ils ne produisirent aucun résultat.

29 décembre.— Les accidents persistent et se circonscrivent encore plus exactement dans les points affectés; la tension y est plus marquée, la douleur plus vive. Dépression appréciable et souplesse des régions occupées par le colon dans toute son étendue. Vomissements porracés. Le pouls s'est relevé, —

Traitement : à l'intérieur, eau de seltz et fragments de glace ; cataplasmes sur le ventre et onctions avec la pommade belladonnée ; lavements.

1^{er} janvier 1864. — Vomissements de matières fécaloïdes. Soif vive, langue sèche ; toutes les boissons sont rejetées. Constipation opiniâtre. Douleur abdominale localisée ; ventre médiocrement tendu.

2 janvier. — Souffrances très-vives. Eructations ; vomissements répétés malgré l'usage des fragments de glace. Frissons, decubitus dorsal, grande anxiété. M. le docteur Demarquay, appelé en consultation, constate de la fluctuation au niveau de la fosse iliaque gauche, et pratique dans ce point, à l'aide d'un petit trois-quarts, une ponction exploratrice qui donne issue à des matières fécaloïdes. — Le soir, la malade est plus calme, elle souffre moins, les vomissements ont cessé ; mais cette rémission apparente ne dure que quelques heures, et, dans le courant de la nuit, les symptômes alarmants reparaissent avec toute leur intensité.

3 janvier. — Ballonnement du ventre qui est en même temps le siège d'une sensibilité des plus vives ; la douleur s'est irradiée à toutes les parties de l'abdomen, et le moindre contact est devenu insupportable. La face est grippée, les yeux caves ; prostration extrême, hoquet. Le pouls est presque insensible, filiforme. La peau est froide, la voix éteinte. Toujours suppression des garde robes. — Ces phénomènes graves persistent pendant tout le jour, et la malade succombe dans la soirée, après avoir conservé presque jusqu'au dernier moment l'intégrité parfaite de son intelligence.

L'autopsie est faite le 5 janvier.

L'ouverture de l'abdomen présente les lésions propres à une violente phlegmasie péritonéale : elle donne issue à des gaz et à une grande quantité de liquide purulent ; les anses intestinales agglutinées ensemble adhèrent aussi aux parois abdominales et circonscrivent dans quelques points des foyers purulents. Ces altérations se montrent sous deux degrés : les unes sont de date récente ; les autres se rapportent à une origine plus éloignée, et affectent surtout les organes contenus dans la cavité pelvienne. Occupons-nous tout d'abord de ces der-

nières, parce que leur existence servira peut-être à expliquer certaines particularités de la pièce qui fait l'objet principal de cette présentation.

Ainsi, on trouve dans cette région des traces nombreuses d'une pelvi-péritonite ancienne : des fausses membranes filamenteuses et solides reliant les anses intestinales entre elles, ainsi qu'avec le fond de l'utérus; elles unissent également cet organe avec la vessie et le rectum. Le cul-de-sac recto-utérin a disparu et est remplacé par des cavités anfractueuses, dont quelques-unes contiennent un liquide trouble, grisâtre et comme purulent. Il est difficile de retrouver les annexes de l'utérus, au milieu de l'espèce de gangue formée par ces nombreuses adhérences. L'ovaire droit est volumineux et porte une poche qui, à l'incision, a donné issue à environ 15 grammes d'un sang noirâtre tenant en suspension un caillot fibrineux; çà et là quelques corps jaunes dans le reste de l'ovaire. On ne remarque pas de corps jaunes dans l'ovaire gauche, mais plusieurs foyers sanguins de divers âges, dont l'un, gros comme une aveline, contient un caillot fibrineux rougeâtre, tandis que les autres, plus petits, renferment une matière noirâtre. Il est aisé de comprendre que ce sont les indices d'autant d'époques mensuelles plus ou moins rapprochées. De chaque côté on rencontre les trompes avec leur épanouissement. — L'utérus est assez volumineux : à la partie moyenne de sa cavité, un polype muqueux, de la grosseur d'un haricot, se trouve implanté sur la muqueuse au moyen d'un faible pédicule; ce polype paraît très vasculaire et est parsemé de stries noirâtres qui sont les vestiges d'anciennes hémorragies. A côté, on observe d'autres polypes de moindre dimension, semblables à des grains de millet ou à des-petits pois.

Telles sont les lésions que nous offre l'examen des viscères contenus dans la cavité du bassin.

Si nous remontons à présent un peu plus haut, nous arrivons à celle qui constitue le fait réellement intéressant de cette autopsie, c'est-à-dire l'étranglement interne. Cet étranglement siège vers le tiers moyen de l'intestin grêle, et commence à 1 mètre 84 centimètres au-dessous de la valvule pylorique, limite supérieure de ce viscère. Il correspond parfaite-

ment, comme situation, aux points où existaient, pendant la vie, le gonflement et la douleur ; on remarque, en effet, que la masse intestinale est comme partagée à ce niveau en deux portions inégales, dont l'une, occupant le côté droit et les régions supérieures, remplit plus des deux tiers de la cavité abdominale, tandis que l'autre, moins considérable, se trouve rejetée à gauche vers la fosse iliaque. Cette dernière diffère, en outre, par son aspect et sa structure. Ainsi, tandis que les autres points de l'intestin ont conservé leur coloration normale, elle est d'un rouge noirâtre et porte les signes d'une violente inflammation. Elle est flétrie et affaissée, molle comme du papier mouillé ; et si friable qu'elle se perforé avec la plus grande facilité ; on y observe deux points de sphacèle, qui ont pu permettre aux matières fétides qu'elle contient de s'épancher au dehors, et de déterminer la péritonite dont on retrouve des traces récentes sur toute sa surface. Cette partie mortifiée occupe une étendue de 1 mètre 45 centimètres ; elle est appendue à une portion de mésentère, qui paraît avoir joué le principal rôle dans la lésion actuelle, c'est-à-dire celui d'une espèce de corde sur laquelle a eu lieu l'étranglement. En effet, autour de cet organe considéré comme un axe, on peut voir, en avant, une anse intestinale à concavité inférieure, soudée par son sommet à celui d'une autre anse semblablement disposée, mais placée en arrière de la corde ; le point où elles sont accolées correspond au bord supérieur du mésentère. L'adhérence qui les unit est fixée par ses extrémités sur leur bord convexe, et relie ensemble deux points très-éloignés de l'intestin grêle. Cette bride, légèrement noirâtre et arrondie, à peu près de la grosseur d'une plume d'oie, est douée d'une résistance considérable. D'une étendue seulement de quelques millimètres, elle amène les deux anses presque au contact, paroi à paroi, si bien qu'un examen superficiel pourrait faire croire tout d'abord qu'on a affaire à une portion d'intestin dont le calibre serait diminué et devenu filiforme à ce niveau ; mais il est facile de se convaincre, en dépliant les parties, qu'il n'en est rien. De cet accolement résulte une sorte de boutonnière à travers laquelle passent les circonvolutions étranglées, ainsi que la portion du mésentère qui leur sert de support.

Pour se rendre compte, maintenant, de la manière dont les choses se sont passées, il faut dévider attentivement les anses intestinales, en commençant par celles qui avoisinent l'étranglement et viennent concourir à sa formation. On voit alors que la disposition générale de ces parties rappelle assez bien un nœud en 8 de chiffre. Ainsi, en suivant, par exemple, de bas en haut le trajet de l'intestin grêle, on trouve que ce viscère, après avoir contracté par un point de sa paroi la soudure dont il vient d'être question, se réfléchit aussitôt sur lui-même pour se diriger verticalement en bas, et former l'anse antérieure qui sera un des éléments de l'anneau constricteur. En effet, disposée sous forme d'arcade, elle compose d'abord le premier nœud de l'étranglement, en recouvrant le bout supérieur de la portion mortifiée, tandis que bientôt après, comprimée à son tour par cette dernière, elle va constituer elle-même le bout inférieur. Jusque-là, cette anse ne présente encore aucune altération; notons seulement la distension qu'elle éprouve dans la partie comprise entre le deuxième nœud et le point d'adhérence, c'est-à-dire dans une étendue de 28 centimètres, distension occasionnée par une accumulation de gaz et de matières, et qui contraste avec l'état de vacuité et de retrait des portions inférieures de l'organe. Mais, à partir du deuxième nœud, l'intestin change tout à coup d'aspect et subit des modifications dans sa structure. En effet, après avoir quitté sa direction et s'être porté de droite à gauche et de bas en haut, il s'engage, comme nous l'avons dit tout à l'heure, sous l'anse terminale de la partie mortifiée; là, comprimé entre elle et le mésentère, il s'étrangle en passant un peu à droite du point où cette anse donne insertion à l'une des extrémités de la bride qui a déterminé l'occlusion. Il décrit alors un grand nombre de circonvolutions sur toute l'étendue desquelles on trouve les caractères de l'inflammation gangréneuse, et dont une des dernières anses, revenant vers le point de départ, se porte en bas et à gauche pour constituer l'adhérence déjà mentionnée. Cela fait, il se replie aussitôt sur lui-même et se dirige à droite, forme le deuxième nœud en passant, à la manière d'un pont, au-dessous du bout inférieur de l'étranglement, et, enfin, devenu bout supérieur, il

va disparaître lui-même au-dessous de l'anse dilatée qui a servi de premier nœud, et par laquelle il se trouve comprimé contre le mésentère. Au-delà de ce point cesse toute trace d'étranglement, et l'intestin poursuit sa marche ascendante vers le pylore sans offrir de nouvelles lésions dans sa structure. Tel est le trajet assez compliqué que suit cet organe pendant l'entrecroisement des deux cercles qui composent le 8 de chiffre.

Ceux-ci exercent l'un sur l'autre, comme on le voit, un étranglement réciproque, et la ligature qu'ils produisent est assez forte pour empêcher la mobilité des anses et interrompre complètement le cours des matières et des gaz. Les agents constricteurs ont imprimé des dépressions circulaires très-apparentes sur les organes compris dans la striction, et on ne peut faire cheminer entre ceux-ci qu'une sonde de très-petit calibre. L'obstacle siège bien évidemment à ce niveau, car c'est à partir de ce point que l'on constate une interruption dans le passage des matières, et que la structure de l'intestin est altérée par suite des troubles apportés dans sa nutrition. La circulation a dû être entravée par le fait de la compression exercée sur les vaisseaux du mésentère, qui se rendent aux anses intestinales situées entre les deux nœuds ; et cette gêne de la circulation explique dès lors parfaitement les signes d'étranglement et de mortification que présentent ces parties. Ces accidents ne se retrouvent pas, au contraire, dans les autres points du tube intestinal.

En effet, si nous examinons maintenant le reste de l'intestin, nous voyons que, partout ailleurs, cet organe a conservé sa coloration habituelle. Il présente seulement un volume différent, suivant qu'on observe les anses situées au-dessus de l'étranglement ou celles qui sont placées au-dessous. Ces dernières sont pâles, très-rétrécies ; depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'au point d'adhérence, elles sont entièrement enveloppées par une sorte de gaine pseudo-membraneuse résistante et non interrompue, véritable manchon dont la direction, presque partout rectiligne, bride les sinuosités des circonvolutions et modifie ainsi leurs dispositions et leurs rapports. Quant au gros intestin, on le trouve également revenu sur lui-même et à l'état de vacuité, et cette diminution de son volume contraste

d'une manière frappante avec le calibre énorme que présentent les portions de l'intestin grêle placées au-dessus du siège de l'obstruction. En effet, ces anses sont tellement distendues qu'au premier abord elles simulent le gros intestin, et que leurs parois semblent épaissies et comme hypertrophiées. Elles n'ont subi pourtant aucune modification dans leur structure, et cette distension considérable est due à l'accumulation de matières stercorales et de gaz qui s'est faite dans leur cavité. Leur surface est recouverte de deux variétés de fausses membranes, qui diffèrent essentiellement d'aspect et de consistance ; les unes, blanchâtres, molles, faciles à déchirer, semblent de formation récente ; les autres, épaisses et très-solides, se rapportent à une date déjà éloignée. Parmi celles-ci, nous devons en signaler une très-large et très-forte, qui siège à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'étranglement. Cette adhérence, pourvue de vaisseaux et organisée, relie ensemble deux anses flottantes sans les amener à un contact assez immédiat pour empêcher la circulation des matières. Les fausses membranes résistantes et filamenteuses, que l'on rencontre dans cette partie de l'intestin, sont, ainsi que la bride qui a déterminé les accidents d'obstruction, les restes d'une phlegmasie péritonéale antérieure et paraissent identiques, comme origine, à celles de la pelvi-péritonite.

RAPPORT DE M. DESPRÈS SUR L'OBSERVATION DE M. FONTAN.

Il est généralement admis dans la science, d'après une remarque de Dupuytren et rapportée par M. Nélaton (Nélaton, Pathologie chirurgicale, t. IV, p. 475), que dans les étranglements internes, lorsque l'on vient à pratiquer l'entérotomie, le bout supérieur de l'intestin distendu par des gaz et des matières se présente naturellement à l'ouverture de la paroi abdominale. Et cette considération même a été l'une des raisons les plus puissantes, pour engager les chirurgiens, MM. Monod et Nélaton, à créer des anus artificiels dans les cas d'occlusions intestinales.

Au mois de décembre 1863, un praticien de province pu-

bliait une observation d'entérotomie, où le précepte général qui n'avait pas trouvé jusqu'ici d'exception, s'est trouvé en défaut. Il s'agissait d'un étranglement interne pour lequel l'opération de l'entérotomie a été faite neuf jours après la suspension des selles. M. le docteur Fourrier de Sarrouville, après avoir fait des ponctions capillaires pour évacuer les gaz contenus dans l'intestin, s'est décidé à établir un anus contre nature. Après avoir incisé la paroi abdominale et le péritoine, il a rencontré une anse intestinale distendue, qu'il a fixée à la paroi abdominale et ouverte. Rien n'est sorti par la plaie intestinale, et les injections faites dans la cavité de l'intestin revenaient à l'extérieur. D'où il résultait que l'intestin ouvert n'appartenait, si l'on peut ainsi dire, ni au bout supérieur, ni au bout inférieur. L'intestin a été fermé par une suture. Une autre anse intestinale distendue a été amenée au dehors, et, comme elle appartenait au bout supérieur, un anus artificiel a été établi. Le malade est mort, et l'autopsie n'a pas été faite.

Cette observation singulière, qui était publiée à la fin de l'année dernière. (*Gazette des hôpitaux*, 1863, p. 599), a, Messieurs, son explication dans la pièce fort intéressante que vous a présentée M. Fontan. Une malade était entrée à l'hôpital avec les signes d'une péritonite partielle et une constipation opiniâtre. Bien que les signes d'étranglement fussent évidents, comme il y avait un ballonnement du ventre modéré, et une tumeur fluctuante en apparence, avant toute opération une ponction exploratrice a été faite par M. Demarquay, et a donné issue à des matières fécales. Une aggravation de la péritonite, qui s'établissait depuis plusieurs jours, empêcha de nouvelles tentatives; l'établissement d'un anus artificiel dut être rejeté, et la malade est morte douze jours après le début des accidents. Cette fois l'autopsie a été faite, et l'on a trouvé qu'il y avait une particularité tout à fait analogue à celle observée dans le cas qui vient d'être cité. Une anse intestinale, comprise entre deux étranglements, était distendue par des matières et des gaz. Elle occupait l'extrémité inférieure d'une anse intestinale longue, vide, qui représentait le bout inférieur par rapport à un étranglement, qui semblait être le point de départ des accidents.

Une adhérence pseudo-membraneuse, unissant un pli de l'épiploon et l'intestin grêle, comprimait celui-ci de façon à intercepter complètement le passage des matières. L'intestin au-dessous de ce point était flasque, affaissé, et présentait une coloration violacée et des fausses membranes d'origine récente qui caractérisent la péritonite. 80 centimètres environ au-dessous de ce premier étranglement; le bout inférieur de l'intestin enroulé sur lui-même, constituait un second système d'étranglement qui portait sur le bout inférieur en deux points. Il y avait d'une part une bride qui comprimait une anse intestinale; de l'autre, l'intestin adhérait à l'extrémité de cette dernière anse. Et c'est là entre ces deux points ainsi étranglés que se trouvait une anse intestinale dilatée, pleine de matière et de gaz. L'intestin au-dessous de ces derniers étranglements était rétracté, quoiqu'il contint encore un peu de matières. Ce fait est bien déterminé. Il est évident que si l'entérotomie avait été appliquée, cette anse intestinale dilatée eût pu se présenter à la plaie faite à l'abdomen, et on n'eût pas manqué de croire que l'on était sur le bout de l'intestin situé au-dessus de l'étranglement.

Deux considérations doivent ressortir de la pièce présentée par M. Fontan. D'abord, en tenant compte des adhérences récentes qui constituaient l'étranglement sur le bout inférieur, et des signes de péritonite observés pendant la vie, on peut s'expliquer la présence des gaz et des matières dans leur anse du bout inférieur. Lorsque le premier étranglement a eu lieu, les matières situées dans le bout inférieur tendaient à s'écouler vers le gros intestin, des adhérences unies à la péritonite engendrant un second étranglement, les matières ont été arrêtées dans le bout inférieur où elles se sont accumulées, et c'est par suite de nouvelles adhérences qu'un troisième étranglement a enfermé dans l'anse déjà étranglée en bas les matières que les contractions de l'intestin étranglé plus haut y avaient amenées. Ceci admis, il ressortira une indication opératoire : toutes les fois que dans le cours d'un étranglement intestinal, une péritonite est évidente, il y a lieu de s'attendre à rencontrer des adhérences secondaires, qui peuvent produire exceptionnellement des modifications dans le bout infé-

rieur, et alors il deviendra nécessaire d'explorer les intestins découverts, et même de rechercher au milieu d'elles une anse très-distendue qui appartienne au bout supérieur, toutes les fois qu'une ponction avec un trois quarts explorateur, faite sur l'anse qui se présente, n'aura pas donné issue à des matières intestinales.

TUMEUR MIXTE DU PÉRITOINE (avec prédominance d'élément, fibro-plastiques) CORRESPONDANT A UN ULCÈRE FONGUEUX DE L'ESTOMAC.—Observation recueillie par HENRI LIOUVILLE (1).

La nommée L... Françoise, 69 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Vulpian) le 6 janvier 1864, et meurt le 27 janvier 1864.

Cette femme, d'une constitution assez chétive, un peu maigre, a été réglée à 15 ans; elle a eu quatre enfants; les couches ont toujours été bonnes; jamais elle n'a remarqué de pertes de sang; la ménopause est arrivée à 49 ans.

Elle a été vaccinée et a eu la petite vérole.

Elle entre à l'infirmerie pour des douleurs dans les côtés, mal définies, et une légère toux survenue ces jours-ci; puis elle est préoccupée de grosseurs abdominales qu'elle a senties, dit-elle, il y a quelques jours seulement. Ces grosseurs, petites au début, auraient peu à peu et rapidement, dit-elle, augmenté de volume.

Depuis six semaines environ, la malade s'apercevait bien que son ventre devenait plus gros; mais elle ne distinguait aucun point saillant et cela, du reste, ne la tourmentait point autrement.

A la palpation, en effet, on sent des masses dures, indolentes, au nombre de trois à quatre, qu'on limite mal, assez mobiles; la paroi abdominale semble ne point y adhérer.

La peau à ce niveau est saine, sans changement de colora-

(1) Les pièces ont été soumises à l'examen de la Société en janvier. (V. page 49 du Bulletin.)

tion, et glisse sur les tumeurs. Celles-ci, du reste, ne sont point douloureuses à la pression.

Elles occupent presque toute la région abdominale droite, surtout celle située sous l'ombilic, qu'elles dépassent un peu à gauche, et autour duquel elles s'étendent aussi.

Presque rien à gauche.

L'abdomen est déformé, bosselé irrégulièrement.

A la percussion. Matité dans toute la partie de la région où la palpation permet de sentir ces masses.

Sonorité intestinale assez nette partout ailleurs. *Il ne semble donc pas y avoir d'ascite à ce moment.*

Au toucher vaginal. L'utérus, qu'on trouve de suite, offre un orifice très-étroit; mais il paraît indépendant des tumeurs qu'on peut faire balloter dans le ventre sans que le doigt explorateur le sente.

La teinte générale de la malade n'indique pas une cachexie.

La santé a toujours été bonne. Elle ne s'est jamais aperçue, avant ces six semaines, que son ventre grossit trop, et depuis quelque temps seulement elle a connaissance de ces masses qui lui semblent augmenter.

Elle n'a jamais eu de vomissements. Dans ces derniers temps elle a rendu, dit-elle, un peu de glaires.

Il y a trois semaines, elle a eu des alternatives de diarrhée et de constipation.

Les fonctions de la vessie et du rectum sont toujours faciles. Les urines contiennent de l'*albumine* (chaleur et acide nitrique). Pas de fièvre. Rien à la poitrine. Quelques râles de bronchite. Rien au cœur.

La malade n'a jamais eu de pertes sanguines.

Diagnostic. Tumeurs développées dans le péritoine, non loin du foie et de l'estomac. Il est impossible d'en préciser le siège exact.

Traitement. Iodure de potassium à l'intérieur.

7 janvier 1864. — La malade se plaint le soir de mal de tête avec grande chaleur; douleurs très-vives dans les reins, survenues dans la journée.

La face est rouge, un peu tuméfiée, surtout aux environs du

nez où il y a comme des plaques] plus foncées; pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Peau très-chaude; fièvre assez intense; soif très-vive; langue normale; selles ordinaires; appétit diminué; urines contenant de l'albumine.

9 janvier. — Peau chaude, un peu de fièvre; la figure garde encore quelques places non colorées.

17 janvier. — Depuis deux ou trois jours, selles fréquentes, diarrhées; langue bonne; appétit conservé. On a cessé l'iodure de potassium depuis quatre jours.

25 janvier. — État très-aggravé; ascite déjà considérable et développée seulement depuis quelques jours; faciès un peu altéré.

Traitement. Oxy-mel scillitique, 10 grammes dans julep; frictions avec scille et digitale; vin diurétique.

Bientôt signes manifestes de péritonite; douleurs dans le ventre devenu très-sensible; grande chaleur abdominale; vomissements bilieux depuis deux jours. Pouls petit, misérable; un peu de subdilerium.

La teinte de la malade n'a jamais indiqué de cachexie profonde.

Mort, avec tous les signes de péritonite, le 27 janvier 1864.

Autopsie faite le 28 janvier 1864.

I. — CAVITÉ CRANIEUNE. — *Encéphale*: poids de 1100 gr.

Néo-membranes sur la face viscérale de l'arachnoïde des deux côtés; aspect laiteux; sérosité sous-arachnoïdienne abondante et plus considérable dans quelques endroits; le liquide séreux est très-clair; les coupes n'ont rien démontré de spécial, ni au cerveau, ni au cervelet.

II. — CAVITÉ THORACIQUE. — 1° *Poumons*. Ils ont le volume normal; mais le *poumon droit* offre quelques traces de rétraction au sommet, offrant à la coupe des plaques gris de fer assez résistantes, parsemées de petits points tuberculeux, saillants, un peu rugueux.

Poumon gauche. Rien de spécial; quelques tubercules crétacés; pas de noyaux purulents; pas d'abcès métastatiques; adhérences très-légères anciennes de la plèvre; pas de liquide.

2° *Cœur*. Volume normal. Rien de spécial. Rien au péricarde.

Pas d'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte (expérience de l'eau). Pas de rétrécissement de la valvule mitrale. Aorte légèrement athéromateuse, non ulcérée.

III. — CAVITÉ ABDOMINALE. — En ouvrant la cavité abdominale, il s'écoule une très-grande quantité de liquide séreux, jaunâtre, qui la distendait depuis quelques jours seulement; et l'on découvre de suite une énorme tumeur mamelonnée, et semblant composée de la réunion de plusieurs grosseurs de volume et d'aspect divers. Nous y reviendrons.

Adhérences de la partie péritonéale du *grand épiploon* à la masse que nous allons décrire.

Sur la partie postérieure de la paroi abdominale, traces de *péritonite récente*, caractérisées par un état poisseux, de la surface, et des fausses membranes.

Cet état est plus manifeste encore sur la face antérieure de la tumeur et sur la face antérieure du paquet intestinal qu'on découvre. En effet, il y a là des traces d'inflammation récente (rougeur, injection, état poisseux, fausses membranes qui se détachent facilement; les anses intestinales semblent collées les unes aux autres, et les plus proches de la tumeur y adhèrent également.

Tout cela baigne dans le liquide séreux.

De plus, sur cette face antérieure se voient de petites membranes très-minces, fortement colorées en rouge foncé, infiltrées de beaucoup de sang.

On les soulève facilement avec les pinces sans toucher à la tunique externe, et l'eau ne les fait point partir.

Au microscope, M. Vulpian ne trouve pas de vaisseaux dans ces dépôts membraneux.

Ces pseudo-membranes existent en plus grande quantité et avec une injection plus marquée encore sur la face du méseutère, et sur la face péritonéale de la cavité abdominale située au-dessus du bassin.

Là, la membrane enlevée offre une plus grande étendue.

On les retrouve encore dans le petit bassin, vers la vessie; mais dans le cul de sac *utéro-rectal*, se trouve une collection de liquide purulent, jaune verdâtre, en grande quantité; et comme cloisonnée à ce niveau.

Description de la tumeur. — Une fois la cavité abdominale ouverte, on aperçoit, au niveau de l'ombilic, un peu plus à droite et en haut, une masse considérable, composée de parties dures et de quelques endroits plus mous, comme liquides, de la grosseur d'une tête d'enfant de 7 ans environ, d'aspect solide, de colorations variées plutôt rougeâtre dans la plus grande partie de son étendue.

Cette masse située au devant de la colonne vertébrale, au-dessous du foie qu'elle a déformé en quelques endroits, et au-devant de son prolongement gauche aplati, rejete l'estomac à sa gauche et un peu en bas.

Elle est limitée à sa partie inférieure par le *colon transverse* qui lui est intimement accolé.

Le cœcum, remonté un peu vers le haut, par une sorte de retrait du gros intestin, occupe la partie supérieure de l'hypochondre droit, et se trouve à la droite, sur les côtés et au-dessous de la tumeur.

Au-dessus, à droite et sur les côtés, peut-être un peu postérieurement existe le duodénum.

Tout le *tablier péritonéal* qui forme le grand épiploon n'existe plus, et rien ne recouvre plus le paquet intestinal à la partie antérieure.

Ce paquet est naturellement un peu refoulé vers le bas.

La face postérieure de la tumeur appuie sur la colonne vertébrale, et le pancréas.

Des anses de fil sont passées vers le *cardia*; d'autres sur le *cœcum*; d'autres sur le *duodénum*.

On sectionne au-dessus et au-dessous, et on enlève un paquet, comprenant la tumeur enveloppée des parties du tube digestif qui la limitent de chaque côté et au-dessous. A la partie postérieure, elle se détache facilement par la section du *Pancréas*, qui ne lui adhère que très légèrement, et par la section de la *veine-porte*, qui laisse voir dans son intérieur, les bouts d'un caillot paraissant assez ancien; de coloration gris rougeâtre, très friable à la pression, et donnant, lorsqu'on l'écrase un peu de liquide puriforme qui, examiné au microscope, se trouve composé de fibrine à l'état granuleux et de globules blancs du sang.

La tumeur est bosselée, mamelonnée en quatre ou cinq endroits, offrant dans quelques places une sensation manifeste de tissu ramolli, une véritable fluctuation (sensation trompeuse, car à ces places la coupe ne montre point de collection liquide ni même de gelée) tandis qu'en d'autres places, le tissu est également à l'extérieur, dur et résistant.

Des portions de péritoine, sous forme de franges, enveloppent la tumeur; la plupart y adhèrent; quelques-unes peuvent cependant s'en détacher.

Cependant le péritoine est bien le siège occupé par la masse.

Utérus. — L'utérus est tout-à-fait sain, extérieurement et intérieurement.

Ses annexes, les ovaires, les ligaments larges sont tout-à-fait éloignés de la tumeur, et n'ont aucun rapport avec elle.

Reins. — Le rein gauche est très sain.

Le rein droit offre une petite masse blanc grisâtre de la grosseur d'une tête d'épingle, et contenant une matière puriforme.

Rate. — Rien de spécial.

Les articulations n'ont pu être ouvertes. — La malade, du reste, même dans les derniers temps ne s'en est jamais plaint.

Examen de l'estomac. — Les parties du tube digestif qui enlacent la tumeur ont été examinées.

Les intestins (duodénum, colon transverse) n'offrent rien de spécial.

L'estomac seul est le siège, à sa face interne, d'une lésion remarquable.

En effet, on voit au niveau de la grande courbure une masse fongueuse ressemblant tout-à-fait au chapeau d'un gros champignon de forme circulaire, à bords saillants et frangés, circonscrivant une dépression qui peut avoir 3 à 4 centimètres de diamètre, et dont le fond ne paraît séparé de la tumeur que par l'épaisseur de la membrane muqueuse.

Même à cet endroit, il n'existe pas de véritable perforation, et il ne semble donc n'y avoir qu'un contact intime et non une

publiées, les controverses animées auxquelles elles ont donné lieu, et dont vos bulletins gardent les traces, me dispensent d'insister sur l'importance qui s'attache à une pareille étude.

Malgré l'exiguité du rôle que la marche foudroyante des accidents a laissé jusqu'ici, dans la plupart des cas, à l'intervention de la médecine, il y a pourtant plus qu'un intérêt de pure curiosité, à suivre pas à pas, à propos de chaque fait nouveau qui se présente, l'enchaînement et la filiation des phénomènes morbides. Tous les cas d'embolie pulmonaire sont-ils nécessairement mortels ? S'ils ne le sont pas tous, et le fait me paraît aujourd'hui bien démontré, à quoi tient cette différence ? Quel est au juste, dans les cas les plus graves, le *mécanisme* de la mort ? Ce n'est que par la méditation de ces importants problèmes de physiologie pathologique, que l'on peut espérer d'arriver un jour à quelques conclusions pratiques. Il reste sous ce rapport beaucoup de questions à résoudre, qui n'ont peut-être pas été suffisamment étudiées. Deux intéressantes communications de M. Ledentu, dont vous m'avez chargé de vous rendre compte, pourront peut-être donner quelques lumières à cet égard. L'une d'elles, la seconde en date, a trait à l'un des faits les plus concluants que l'on puisse invoquer, relativement à la théorie de l'embolie, et j'oserais affirmer que, parmi les nombreuses observations publiées dans les derniers recueils, il n'en est aucune qui présente un ensemble plus saisissant, une physionomie à la fois plus simple et plus complète.

Un homme de 56 ans, d'une constitution vigoureuse, est porteur depuis longues années de varices aux membres inférieurs. Un jour, en octobre 1863, il reçoit un coup à la jambe droite ; il en résulte une hémorrhagie qui cède à des moyens assez simples. Quelques jours après, une vive douleur, accompagnée de fièvre, se déclare dans la fosse iliaque droite ; on diagnostique un phlegmon de cette région. Bien que le présentateur ait négligé de nous faire savoir si l'autopsie a été sous ce rapport confirmative du diagnostic posé, on est porté à le croire exact, d'après le résultat promptement favorable d'une application de sangsues ; toujours est-il, et c'est là l'essentiel, qu'aucune trace de phlébite ne se manifeste du côté

REVUE

de la jambe, ni au niveau de la blessure. Les douleurs iliaques n'auraient-elles pas eu simplement pour cause la formation, *in situ*, d'une thrombose des veines fémorales et iliaques ? C'est un point qu'il eût été intéressant d'élucider.

Quoi qu'il en soit, cinq jours après, cet individu était sur pied. Tout à coup, en descendant au jardin, il tombe ; au bout de dix minutes, il était mort. Tout ce qu'on put savoir des personnes qui l'avaient rapporté à la salle, c'est que depuis sa chute, jusqu'au moment où il expira, cet homme avait présenté une respiration accélérée et difficile, une teinte cyanique de la face et quelques symptômes convulsifs.

Que s'était-il passé ?

L'examen comparatif des organes de la grande et de la petite circulation va nous l'apprendre. Le cœur droit et l'artère pulmonaire d'une part, la veine ou les veines oblitérées de l'autre, constituent, pour cette sorte d'enquête anatomique, un système d'informations en partie double dont il importe toujours, en pareil cas, de confronter les témoignages. Voici ce que l'autopsie démontre :

Variqueuse dans toute l'étendue de la jambe, la veine saphène du côté droit présentait, un peu au-dessus du genou, plusieurs flexuosités remplies de caillots durs et adhérents. L'extrémité supérieure de ces caillots était déchiquetée; le reste de la veine, parfaitement rectiligne, ne présentait aucune trace de phlébite.

Du côté de l'artère pulmonaire, un autre caillot plus mou, quoique évidemment formé quelque temps avant la mort, s'étendait de l'orifice cardiaque jusque dans ceux des subdivisions de troisième ordre de l'artère. Long d'environ 22 centimètres, il ne présentait aucune ramification. L'un de ses bouts portait la trace d'une cassure récente.

Evidemment, Messieurs, l'idée qui se présente immédiatement à l'esprit, et que les renseignements cliniques, quelque incomplets qu'ils soient, ne font que confirmer, c'est que le caillot qui faisait d'abord suite à celui de la saphène, en a été détaché par le torrent sanguin, et, en suivant le trajet de la veine cave, a pénétré dans le cœur et de là dans l'artère pulmonaire. M. Ledentu me paraît avoir analysé avec beaucoup

de sagacité les conditions qui ont présidé à la formation et au transport de ce caillot migrateur.

Des concrétions anciennes existaient dans la saphène; sous l'influence du repos au lit, sous l'influence, peut-être, de l'état d'inopexie développée par une phlegmasie intercurrente, la fibrine a commencé à se déposer sur l'extrémité libre de ces concrétions. La coagulation, gagnant de proche en proche, est arrivée jusqu'à l'embouchure de la saphène dans la fémorale; puis, à un moment donné, le malade s'étant levé, la contraction musculaire ayant accéléré la circulation veineuse du membre inférieur, le sang des collatérales a fait effort de bas en haut avec assez d'énergie pour détacher le caillot encore récent et peu adhérent, celui-ci a pénétré jusque dans le cœur; là, ballotté en tout sens, il s'est divisé en deux fragments, le premier très-petit, qui a été lancé dans la branche gauche de l'artère pulmonaire; le second, beaucoup plus volumineux, qui n'est autre que celui que nous avons trouvé dans la branche droite.

Cette interprétation est assurément la plus rationnelle, et il serait même difficile d'en imaginer une autre; mais permettez-moi, Messieurs, d'appeler un instant votre attention sur quelques particularités relatives au caillot de l'artère pulmonaire, dont je n'ai jusqu'ici parlé que sommairement.

Ce qui me frappa tout d'abord dans le caillot, c'est son excessive longueur, 22 centimètres. J'ignore si l'on en a signalé de semblables. Dans les observations qu'il m'a été donné de parcourir, je n'en ai pas rencontré d'exemple; aussi faut-il, pour en expliquer le déplacement, faire intervenir cette action combinée des petites collatérales, dont je vous parlais tout à l'heure: à coup sûr, la colonne sanguine provenant de la veine fémorale n'eût pas à elle seule produit un pareil résultat; elle eût pu détacher la tête du caillot faisant saillie au-dessus du point de bifurcation: c'est, en effet, ce que l'on voit dans la plupart des cas analogues; mais pour mouvoir cet énorme bloc, il fallait évidemment davantage.

Ce n'est pas tout: des deux extrémités du caillot, l'un présente une cassure assez nette; or, cette extrémité est celle qui s'enfonçait dans une des ramifications périphériques de l'artère

pulmonaire. L'autre extrémité est engagée dans un des sinus des valvules sygmoïdes; elle est constituée par un prolongement cylindro-conique, lisse à sa surface, un peu étranglé à sa base. Qui ne reconnaîtrait à ces caractères la tête du caillot, la partie qui primitivement faisait saillie dans la veine fémorale, et qui conséquemment regardait du côté du cœur?

La conclusion à tirer de là n'est pas sans importance; car cette disposition nous apprend ce qui a dû se passer dans la cavité du cœur droit. La première hypothèse qui se présente à l'esprit, c'est qu'un corps étranger, cylindrique, long de plus de deux décimètres, et d'ailleurs flexible, doit, lorsqu'il arrive dans un trajet sinueux, se plier dans le sens que lui indique le cours du sang, et enfiler tout droit, si je puis ainsi dire, le chemin qui lui est ouvert de l'oreillette dans le ventricule, et de celui-ci dans l'artère. En ce cas, le caillot devra passer la tête la première, et par conséquent l'extrémité lisse, arrondie, sera celle qui ira s'enfoncer dans la profondeur du poumon.

Or, c'est précisément tout le contraire qui est arrivé dans le cas qui nous occupe. Pour continuer ma comparaison, le caillot est entré dans l'artère, les pieds en avant. Il faut donc qu'il ait préalablement subi un mouvement de torsion, de révolution, dans le sens de sa longueur; il faut, en un mot, qu'il ait exécuté une culbute complète. Et s'il fallait un surcroît de preuves, je le trouverais dans un dernier caractère que présente le même caillot: nous le voyons, en effet, décrire plusieurs sinuosités, et se contourner vers son milieu, de façon à former une anse circulaire complète, indice visible du mouvement de rotation qu'il a effectué. Mais ce mouvement n'était possible que dans une cavité relativement dilatée; c'est dire que c'est dans le cœur, et plus particulièrement dans le ventricule droit, qu'elle a dû avoir lieu; car là seulement elle était possible. Il faut donc qu'à un moment donné, le ventricule ait contenu en totalité dans son intérieur l'énorme caillot en question, roulé et pelotonné sur lui-même. Maintenant, Messieurs, figurez-vous le peloton solide dont le volume doit égalé à peu près celui d'une pomme d'api, et imaginez l'obstacle mécanique qu'un tel corps étranger, contenu dans la

cavité du ventricule, doit apporter aux contractions du muscle cardiaque. Aussi, ne m'étonné-je pas de la chute subite que fait cet individu, surpris instantanément par l'invasion d'une pareille masse au centre même des mouvements circulatoires.

Ceci m'amène à la conclusion suivante que vous devez pressentir. La plupart des auteurs qui se sont occupés jusqu'ici de l'embolie pulmonaire, attribuent la mort à une sorte d'asphyxie brusque, d'une nature toute particulière. Les puissances respiratoires étant conservées dans leur intégrité, l'air atmosphérique arrivant librement jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, le sang, qui doit subir l'influence transformatrice de l'oxygène, viendrait à faire subitement défaut ; l'on explique par là ces efforts convulsifs et inutiles d'inspiration faits instinctivement par les malades, et cette sensation particulière que l'on a décrite sous le nom pittoresque de *soif d'air*. Tout cela, sans doute, est fort satisfaisant, et je n'hésite pas à croire que cette circonstance entre pour une part considérable dans les phénomènes observés. Mais je me demande si cela peut suffire pour expliquer la mort. Dans la plupart des cas, que voyons-nous ? un caillot relativement peu volumineux, qui obstrue une des ramifications secondaires de l'artère pulmonaire. J'admets que cet obstacle puisse entraver singulièrement le phénomène de la respiration ; mais si l'on songe à l'étendue considérable de la surface respiratoire qui reste encore accessible à l'abord du sang noir, on se demande si cette surface libre ne serait pas plus que suffisante à l'entretien de la vie pendant un certain temps. Tout s'explique au contraire, si l'on tient compte de l'entrave subitement apportée aux contractions cardiaques. Les phénomènes ultimes de la mort par embolie se diviseraient en deux temps : un temps d'arrêt mécanique des mouvements du cœur ; et un second temps, caractérisé par une suspension plus ou moins complète des échanges gazeux dans l'intimité des cellules pulmonaires : syncope, puis asphyxie, et l'asphyxie serait d'autant plus promptement funeste, que la syncope aurait été plus longtemps prolongée. Pour parler le langage de Bichat, il y aurait simul-

tanément, ou du moins dans un espace de temps très court, mort par le cœur et mort par le poumon.

La seconde observation présentée par M. Ledentu apporte, si je ne me trompe, une puissante confirmation à l'appui de cette manière de voir. Nous venons d'observer l'oblitération de l'artère pulmonaire à son maximum; nous allons la trouver ici réduite aux plus minimes proportions. Néanmoins la mort, dans un cas comme dans l'autre, aura été presque instantanée.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, observé, comme le précédent malade, dans la salle de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis. Ce malade présentait une affection rare chez un sujet de cet âge, une diathèse cancéreuse généralisée. Il était venu réclamer des soins pour un sarcocèle. On ne tarda pas à s'apercevoir que le cancer du testicule n'était pas le seul qui dût fixer l'attention. L'économie entière était infectée. Il existait sous l'hypochondre gauche une tumeur à bords arrondis, débordant un peu les fausses côtes, et descendant obliquement jusqu'à quatre ou cinq centimètres de l'ombilic. On crut à un cancer de la rate. L'autopsie démontra plus tard que cet organe était intact, et qu'il s'agissait en réalité d'une vaste dégénérescence encéphaloïde des ganglions lombaires. Malgré cette contre-indication à l'opération, et en raison des vives douleurs ressenties par le malade le long des cordons, M. Voillemier crut devoir pratiquer l'ablation du testicule. Dès le lendemain, la tumeur de l'hypochondre changeait d'allure, et prenait des développements formidables. Cependant l'état général paraissait assez bon, lorsque le 27 avril 1863, dix-neuf jours après l'opération, le malade fut pris d'un frisson assez intense; le lendemain, il expirait subitement, et *presque en parlant*.

J'omets plusieurs détails intéressants de l'autopsie. J'arrive immédiatement à la question importante, du point de vue où je me suis placé. Dans la veine cave inférieure se trouvait un petit fungus cancéreux, aplati, de la dimension d'une pièce d'un franc; l'existence de production encéphaloïde dans l'intérieur du système veineux fit naître la pensée de rechercher des fragments de tissu morbide, soit dans le cœur droit, soit dans l'artère pulmonaire et ses branches. Cette recherche fut

infructueuse, en ce sens qu'on ne trouva pas de fragments cancéreux en nature. Mais dans l'oreillette et le ventricule du côté droit, il existait un certain nombre de caillots fibrineux de petit volume, d'apparence mamelonnée et d'une consistance qui impliquerait l'idée d'une formation de quelque temps antérieure à la mort. Les caillots auriculaire et ventriculaire étaient reliés entre eux par un mince filament fibrineux contourné en forme de vrille.

L'examen microscopique fit voir, et dans le sang du sujet, et dans l'épaisseur des caillots, des cellules semblables à celles du tissu cancéreux. Faut-il admettre, avec M. Ledentu, que les cellules dissociées, jouant le rôle de corps étrangers, avaient servi de noyaux, autour desquels la fibrine se serait déposée? Ne s'était-il pas formé plutôt de toutes pièces, au niveau même du fongus de la veine cave, des concrétions lamelleuses que le torrent sanguin avait ultérieurement transportées dans le cœur? Quel qu'ait été le mécanisme de leur formation, le fait est que ces caillots se trouvaient dans le cœur, et qu'ils n'en avaient pas franchi les limites. L'examen attentif des branches et des rameaux de l'artère pulmonaire n'y fit rien découvrir de semblable.

Ici donc, il est impossible d'invoquer l'asphyxie. A aucun moment les échanges gazeux n'ont été entravés dans le poumon; l'embolie pulmonaire existait, pour ainsi dire, en puissance: à chaque instant elle pouvait se produire; mais elle ne s'est pas produite; néanmoins la mort a eu lieu, et elle a été instantanée. Il y a donc eu réellement embolie, mais embolie cardiaque, si cette expression est permise. Les caillots, enchevêtrés dans les intervalles des colonnes charnues, en ont arrêté le libre fonctionnement; à cette cause s'est jointe sans doute la compression énergique exercée sur le cœur, à travers le diaphragme, par la tumeur de l'hypochondre. Toutes les conditions se trouvaient donc réunies pour que la syncope mécanique suffît à tuer le malade, sans intervention de l'asphyxie.

Il est vrai que l'on pourrait citer des cas où le passage d'un caillot erratique a paru se faire, à travers les cavités du cœur, dans un espace de temps pour ainsi dire indivisible. Le fait

essentiel paraît bien alors être l'oblitération subite de l'une des branches principales de l'artère pulmonaire par un bouchon volumineux. Mais, même dans ces cas, je me demande si l'énorme perturbation qui en résulte dans l'équilibre de la petite circulation n'a pas un retentissement immédiat sur le cœur et ne suffit pas pour en arrêter subitement les mouvements. C'est là une grave question qu'il serait imprudent de vouloir trancher avec deux faits seulement. Toujours est-il que les conditions du problème sont plus complexes qu'elles ne le paraissent au premier abord. Pour ma part, j'incline à penser que les troubles des fonctions du cœur doivent entrer sérieusement en ligne de compte dans une saine appréciation du redoutable phénomène qui nous occupe, et que dans l'état actuel des choses on risquerait de se tromper en se rattachant à une théorie trop exclusive relativement à la physiologie pathologique de l'embolie.

Avant de quitter cette dernière observation de M. Ledentu, qu'il me soit permis d'exprimer un regret. Les faits de pénétration des produits cancéreux dans la veine cave, sans être absolument rares, sont cependant assez peu connus pour que le mécanisme de cette pénétration doive toujours être étudié avec soin. Il paraît certain que c'est à cette circonstance que se rattachent les prétendus exemples de *cancer du sang*, dont il a été tant question à une certaine époque. Quel est, en pareil cas, l'état des tuniques vasculaires? Comment se produit leur usure progressive? Quelles sont les conditions qui s'opposent à une hémorrhagie foudroyante, au moment où la perforation du vaisseau se produit? Ces points ne sont pas encore suffisamment élucidés. Le présentateur se contente de nous dire que le fungus cancéreux était porté par un pédicule encore engagé dans une petite veine. D'où venait ce pédicule, quel était son point d'insertion? Quelle était la largeur de l'orifice qui lui donnait passage? Il y a là une lacune qu'il me suffira d'avoir signalée.

M. Bouchard. Si j'ai bien compris, M. Raynaud admet que dans les embolies de l'artère pulmonaire la mort peut survenir de deux façons différentes, tantôt par asphyxie tantôt par syncope, et M. Raynaud attribue la mort par syncope à une

perturbation des mouvements du cœur due au passage de l'embolus dans le cœur. Je sais bien que dans les cas d'embolus de l'artère pulmonaire, il y a des différences symptomatologiques assez grandes, la mort étant tantôt rapide, tantôt lente; mais je ne saurais admettre sans hésitation l'explication donnée par M. Raynaud. Le cœur est un organe doué d'une grande patience, comme le prouvent les nombreuses expériences faites par MM. Chauveau et Marey qui laissent pendant assez longtemps des instruments dans le cœur des animaux sans que ceux-ci en paraissent le moins du monde incommodés. A mon avis, la mort dans l'embolie pulmonaire se fait toujours par asphyxie. Seulement l'asphyxie peut se produire soit lentement, soit brusquement.

M. Raynaud. Dans les expériences de MM. Chauveau et Marey les conditions ne sont pas tout à fait les mêmes que dans les cas d'embolies. MM. Chauveau et Marey introduisent des instruments mousses, arrondis que le cœur d'un animal peut bien supporter quelques moments; mais dans les faits pathologiques que je viens de rappeler, il s'agissait de caillots anfractueux, irréguliers, enchevêtrés dans les colonnes charnues du cœur qui devaient gêner les mouvements de cet organe.

M. Paul. M. Raynaud a émis l'opinion que la présence d'un caillot migrateur arrivé dans le cœur pouvait produire une mort subite par syncope; je rappellerai ici une expérience de Panum, qui, après avoir lié l'aorte, injecte dans le cœur un mélange de suif et d'huile, et arrête ainsi le cours du sang; cependant les battements du cœur ont encore persisté pendant quarante minutes, je crois, ce qui me paraît prouver que la présence d'un caillot dans le cœur n'arrête pas les mouvements de cet organe.

M. Raynaud. Je suis très heureux qu'on vienne de citer Panum, puisque je trouve précisément dans le travail de ce médecin une confirmation de la théorie que j'ai proposée. Panum en effet, a tenté des expériences pour savoir si dans la mort par embolie c'étaient les phénomènes respiratoires ou les mouvements cardiaques qui cessaient les premiers; en un mot, si la mort survenait par le poumon ou par le cœur: or,

dans plusieurs expériences il a constaté que les battements cardiaques cessaient les premiers. Je sais bien que Panum n'admet ni l'asphyxie ni la syncope dans les cas d'embolie, mais explique la mort par une action indirecte exercée sur le bulbe qui, ne recevant plus de sang assez oxygéné, est incapable de transmettre au cœur par les nerfs qui en partent l'excitation suffisante pour faire contracter le cœur. Quelle que soit la théorie proposée, et je ne veux pas entrer ici dans cette discussion, j'ai tout simplement cherché à établir que dans certains cas d'embolie, la mort survenait par le cœur.

M. Labbé. Dans l'état actuel de nos connaissances, je crois qu'il est bien difficile d'établir comment la mort survient dans les embolies de l'artère pulmonaire, car les renseignements cliniques font complètement défaut. Le médecin n'assiste presque jamais aux derniers moment de la vie, et il faut ne tenir compte que des renseignements fournis par les parents; toute théorie est donc prématurée. Je dirai seulement que l'opinion de M. Raynaud me paraît en opposition avec les idées physiologiques actuellement reçues; car il est admis que le cœur peut recevoir des corps étrangers sans qu'il survienne pour cela des accidents foudroyants.

XXXIX^e ANNÉE — MAI 1864.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX : — 1. Gangrène de la vessie. — 2. Hémorrhagie méningée. — 3. Polype du rectum. — 4. Fractures du col du fémur. — 5. Imperforation du rectum. — 6. Ostéite condensante. — 7. Fracture du crâne. — 8. Tumeur encéphaloïde du testicule. — 9. Péricardite chronique. — 10. Tuberculisation des organes génitaux. — 11. Anomalie du rein. — 12. Enchondrôme du péroné. — 13. Fracture de la colonne vertébrale. — 14. Déchirure du placenta. — 15. Tournis du mouton.

OBSERVATIONS. — Péricardite hémorrhagique. Epanchement de deux litres et demi de sang et de sérosité dans le péricarde. Néo-membrane épaisse tapissant le feuillet séreux; vascularisation et ecchymoses de cette néo-membrane par M. Ch. Fernet, interne des hôpitaux.

Tumeurs multiples de l'encéphale, de la moelle et des nerfs. Mort. Autopsie par M. Vast, interne des hôpitaux.

Vice de conformation du rectum et des organes génito-urinaires chez un fœtus mort né du sexe féminin parvenu au terme de sept mois par M. Perret, interne des hôpitaux.

Rapport de M. Bricheteau sur cette observation.

Altération athéromateuse de l'aorte et d'autres vaisseaux. Embolies diverses : ramollissement rouge du cerveau. — Infarctus fibrineux de la rate et du rein. — Observation par M. Henry Liouville.

De l'hypertrophie partielle des parois de l'estomac. — Rapport de M. Cornil sur une présentation de M. Carrière.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. Lacrouille montre une vessie atteinte de *gangrène*.

Cette pièce provient d'une femme âgée de 89 ans qui vient mourir à l'infirmerie de la Salpêtrière 15 jours après son entrée.

Cette femme sur laquelle on n'a que des renseignements fort incomplets, avait, paraît-il, une grande paresse de la vessie depuis longtemps. Elle urinait difficilement. Ce sont là les seuls symptômes qui aient été observés chez elle du côté des organes urinaires.

A l'autopsie cependant, on trouva une gangrène de la muqueuse vésicale, siégeant dans le bas-fonds de cet organe, ayant une étendue longitudinale de près de 10 centimètres sur 5 centimètres dans sa plus grande largeur.

Dans ces points, la muqueuse est d'un blanc jaunâtre, offrant la plus grande analogie avec le tissu cellulaire gangréné. Elle est cependant encore assez adhérente à la couche musculaire dans la plus grande partie de son étendue. Dans les autres points on l'en détache assez facilement.

La muqueuse qui limite la partie malade est un peu épaissie et présente comme toute la muqueuse vésicale une injection très vive, et d'un rouge livide principalement en bas et en avant.

On trouve en certains points de petites plaques gangréneuses, de la grosseur d'une pièce de 50 centimes; on constate facilement que dans ces parties la muqueuse est atteinte dans toute son épaisseur, et que la couche musculaire, au contraire, est sans aucune altération.

Cette vessie offre en outre le type de ce que M. Cruveilhier a appelé les vessies à colonnes.

En résumé, cette communication offre un exemple de gangrène inflammatoire de la muqueuse vésicale sans aucun symptôme de ce côté pouvant indiquer une pareille lésion.

M. Cornil émet des doutes sur la nature gangréneuse de l'escharre, et croit plutôt que c'est une ulcération recouverte de fausses membranes.

2. M. Labéda présente le cerveau et la moelle d'un homme qui a succombé à une *hémorrhagie méningée* et donne les détails suivants (1).

Müller, 69 ans, imprimeur lithographe, entra, il y a six ans à Bicêtre comme atteint de paraplégie complète, qui diminua un peu dans les premiers temps de son séjour dans cet hospice. Il a cependant conservé toujours des douleurs sourdes dans la région lombaire et une grande faiblesse dans les membres inférieurs.

Tels sont les renseignements donnés par Müller lui-même lorsqu'il se rendit à l'infirmierie, samedi 4 janvier, se plaignant de douleurs vives dans les lombes, d'une céphalalgie très intense et de vomissements.

Il y avait un mouvement fébrile prononcé : l'intelligence est conservée.

Du côté des membres inférieurs on remarque : 1° l'abolition des mouvements volontaires ;

2° Des contractions convulsives qui agitent de temps en temps l'un ou l'autre membre.

3° Quand on pique la région antérieure des cuisses, le membre exécute des mouvements comme pour éviter la piqure. J'avoue que j'oubliai de demander au malade s'il sentait ce que je lui faisais.

Le 5 janvier l'état du malade ne changea pas sensiblement.

Le 6 janvier. Amélioration marquée, surtout de la céphalalgie.

Le 7 janvier. Le mieux continue, la fièvre est tombée, peu de céphalalgie, presque plus de douleurs lombaires.

Même état à la visite du soir.

Mais vers deux heures du matin, Müller est pris tout-à-coup d'une grande agitation. Il se jette en bas de son lit et on est obligé de l'attacher. Ce délire furieux dura près de deux heures. Puis il tombe dans le coma le plus profond avec un ronflement très intense ; il meurt le 8 janvier, à 6 heures du matin.

(1) Cette présentation a été faite pendant le cours de l'année 1863. C'est par une omission involontaire qu'elle n'a pas été publiée dans les bulletins de l'année.

Autopsie, le 9 janvier, à 7 heures du matin :

1° Les viscères du ventre et de la poitrine sont fortement congestionnés.

Le ventricule gauche est atteint d'une hypertrophie simple sans retrait ni dilatation de la cavité ventriculaire ;

2° Le canal rachidien et la cavité crânienne étant ouverts, et la dure-mère enlevée, on trouve sous l'arachnoïde et dans *toute l'étendue* du centre nerveux une couche de sang épaisse de deux à trois millimètres, qui infiltre la pie-mère.

Tous les ventricules sont distendus par des caillots sanguins dont le poids peut s'élever à 300 grammes.

Il n'y a aucun épanchement dans la substance cérébrale.

Il n'y en a pas non plus dans la grande cavité de l'arachnoïde ;

3° La moelle présente à la fin de la région dorsale une lésion qui constitue le point le plus remarquable de cette observation

L'étendue de cette altération est de six centimètres environ, et en se fondant sur l'émergence des paires nerveuses, on voit qu'elle est comprise entre la neuvième et la douzième paires dorsales.

Quand on a ouvert et écarté la pie-mère sur la face postérieure de la moelle on voit :

1° Au niveau de la neuvième paire dorsale, la substance blanche se terminer brusquement par une pointe qui répond à peu près au tiers postérieur de l'épaisseur de la moelle. La continuité entre les parties supérieures de l'organe médullaire et les parties sous-jacentes est donc établie seulement par les fibres de la portion antérieure. Je ne crois pas qu'on puisse déterminer plus exactement le siège de la lésion, dire par exemple, quels sont les faisceaux brusquement coupés, quels sont ceux qui persistent, la seule chose qu'on puisse avancer avec certitude, c'est qu'une portion de la moelle est détruite à ce niveau, et que cette destruction porte principalement sur la partie postérieure du cordon nerveux ;

2° Depuis la neuvième dorsale jusqu'à la douzième, on trouve une couche nerveuse ramollie, qui n'a pas plus de un à deux millimètres d'épaisseur étalée sur la partie antérieure

du névrilemme, établissant une communication évidente entre les deux tronçons de moelle que cette lésion sépare.

Cette légère couche de substance médullaire représente donc dans une étendue de près de six centimètres la moelle tout entière, et je ferai remarquer que les paires nerveuses sortent régulièrement, au niveau de cette lésion, sans diminution apparente de leurs caractères normaux.

3° Vers la douzième dorsale, on voit cette couche nerveuse, se continuer avec la face antérieure de la moelle qui semble renaître tout entière à ce niveau. En effet, on voit apparaître brusquement un gros mamelon nerveux qui représente les deux tiers postérieurs de l'épaisseur de la moelle. On dirait qu'on a coupé la moelle avec intention, tant ce mamelon est nettement isolé sur la face postérieure de l'organe médullaire.

Ajoutons, pour terminer l'exposé de cet examen nécroscopique, qu'on n'a pu constater les signes anatomiques de l'inflammation dans les membranes du cerveau ou de la moelle, à cause de l'infiltration sanguine générale qui occupait la trame et l'intervalle de ces membranes ;

Les résultats de cette autopsie permettent de conclure :

1° Que Müller est mort d'une hémorrhagie méningée généralisée, jointe à un épanchement sanguin dans les ventricules.

Les symptômes antécédents d'une paraplégie, et ceux qui l'ont amené en dernier lieu à l'infirmerie et qui paraissaient se rapporter à une inflammation des méninges, permettent de rattacher aux congestions inflammatoires, ce vaste raptus hémorrhagique ;

2° La paraplégie, qui datait de six ans, trouve son explication dans la lésion de la moelle qui évidemment a une origine ancienne.

S. M. Gougenheim présente un *polype du rectum*, recueilli à l'autopsie d'un homme qui a succombé à une dysenterie aiguë.

Le gros intestin est dépouillé de son épithélium, criblé de brides fermant comme une série de petites valvules, ou plutôt de petits ponts. A la partie supérieure du rectum, un peu

avant l'origine de l'S iliaque existe, un petit polype, à pédicule très mince et très mou. L'examen histologique de ce polype n'a pas été fait ; mais les lésions qui existent au rein droit et à l'estomac permettent de croire qu'il est de nature cancéreuse.

En effet, le rein droit a la forme d'un champignon ; son extrémité supérieure très évasée, est bosselée, molle, comme fluctuante. A la coupe se voit une série de petites tumeurs ayant absorbé la surface rénale, et il sort du suc en grande quantité. Le suc examiné au microscope révèle la présence de cellules de diverses formes et de très grandes dimensions, contenant des noyaux en grande abondance.

En outre, les deux parois de l'estomac sont parsemées de végétations cancéreuses qui s'étendent jusqu'au pylore sans toutefois l'obstruer.

4. M. Painetvin montre deux *fractures du col du fémur* :

1^o Une fracture du col du fémur provenant d'une femme de soixante-cinq ans qui a succombé quatre jours après la production de la fracture.

C'est un très bel exemple de fracture par pénétration. Il y avait un raccourcissement de quatre centimètres sans rotation du pied en dehors ;

2^o Une autre fracture du col du fémur trouvée sur un sujet de l'amphithéâtre de Clamart.

On voit sur cette pièce une fracture intra-capsulaire et une fracture extra-capsulaire incomplète.

Quoiqu'on n'ait pas eu de renseignements sur le malade, il faut attribuer ces fractures à une chute sur le grand trochanter, car il existait sur le cadavre une echymose manifeste à la région de la hanche.

5. M. Paquet présente une *imperforation du rectum* et remet la note suivante :

L'enfant sur lequel a été recueillie cette pièce est né, il y

a six semaines, avec une imperforation du rectum. Il fut opéré le lendemain de sa naissance par simple ponction avec le bistouri. Les matières coulèrent facilement jusqu'au 1^{er} mai, époque où les selles se supprimèrent. Sept jours après, l'enfant fut reçu dans le service de M. Giraldès. Appelé auprès de lui pendant la journée, j'essayai en vain d'entrer dans le rectum avec des sondes de différentes grosseurs. Le stylet le plus fin ne put passer: l'anüs était suffisamment marqué, mais il se terminait en cul-de-sac à un demi centimètre de profondeur. Le lendemain, M. Giraldès voulut aller à la recherche de l'ampoule rectale, avec l'intention de pratiquer l'opération d'Amussat. Une incision périnéale, dirigée vers le coccyx, fut pratiquée à cet effet, et permit de constater l'existence d'un tissu cicatriciel très résistant, et s'élevant à une grande hauteur, ainsi que l'impossibilité de trouver ni mollesse ni fluctuation. Le procédé d'Amussat ne pouvant être employé, M. Giraldès décida l'opération de Littré, c'est-à-dire l'établissement d'un anus artificiel à la région iléo-inguinale. Après l'incision, couche par couche, des parois abdominales, un peu au-dessus du pli de l'aîne, du côté gauche, et du péritoine, l'S iliaque se présenta d'elle-même, et fut incisée après avoir été fixée à la paroi à l'aide de sutures métalliques, de manière à opérer l'adossement des séreuses. Malgré les nombreuses irrigations qui furent faites dans les deux bouts de l'intestin, l'enfant ne put rendre qu'incomplètement les matières, et, dans les efforts qu'il fit, les sutures se détachèrent avant que la réunion des séreuses fût complète.

Avant l'opération, l'enfant avait présenté quelques signes de péritonite, surtout la douleur abdominale et la face grippée; mais il ne commença à vomir que le lendemain de l'opération, et ses vomissements, d'abord verts, bilieux, ne tardèrent pas à contenir des matières fécales. Quatre jours après, l'enfant mourut.

L'autopsie démontra la présence d'une grande quantité de liquide purulent dans la cavité du péritoine, liquide qui, avant l'ouverture du corps, reflua par pression entre l'intestin et la plaie abdominale. La dissection de la pièce, après insufflation préalable de la vessie et du rectum, à l'aide de sacs de bau-

druche, a montré que l'intestin ouvert était bien l'S iliaque. La muqueuse formait un bourrelet à peine marqué; et, à la périphérie de ce bourrelet, on pouvait voir les traces des adhérences séreuses détruites, avant que d'être complètes, par les efforts de défécation et de vomissement de l'enfant.

Entre le rectum terminé en cul-de-sac et l'anus, existe un espace de plus de trois centimètres, espace comblé par un tissu fibroïde très dense qui, au centre, a tous les caractères du tissu cicatriciel. Le cul-de-sac rectal est froncé, et comme attiré en bas par la rétraction de ce tissu.

Cette observation montre l'importance que l'on doit attacher à l'opération de l'anus imperforé, même dans les cas les plus simples en apparence. Lorsque cette petite fille a été opérée le lendemain de sa naissance, la ponction avec le bistouri a suffi pour donner écoulement aux matières, et l'on s'en est tenu là, au lieu de réunir par des points de suture la muqueuse à la peau, comme le conseille Amussat, et *dilater* ensuite, pour obvier au rétrécissement cicatriciel. Quant à l'opération de Littre, la pièce a démontré son indication.

L'anus artificiel, pratiqué à la région iléo-inguinale gauche, a été proposé par Littre en 1770; il fut pratiqué dans cette région par Antoine Dubois sans succès, puis avec succès par Ducret de Rochefort, en 1785. On peut trouver dans la thèse de M. Milleghen (de Montpellier) un grand nombre d'opérations de Littre. Il y a quelques années, dans une discussion à la Société de chirurgie, on a mis en doute la question de savoir si l'S du colon chez le nouveau né se trouvait ou non *normalement* à gauche. (On saisit immédiatement toute l'importance de cette donnée anatomique, pour le chirurgien qui veut pratiquer l'opération de Littre). Voici les résultats auxquels est arrivé mon savant maître, M. Giralès, lorsqu'il était chirurgien aux Enfants assistés: sur 150 cas où il a recherché la position de l'S iliaque chez des nouveau-nés, 25 fois seulement l'S iliaque ne s'est pas présentée d'elle-même à *gauche*, et 10 fois sur ces 25, elle était à *droite*; dans les 15 autres cas, on l'a trouvée dans une situation intermédiaire.

M. Després : N'aurait-il pas été possible de faire dans ce cas

l'opération d'Amussat, avec la modification de M. Chassaignac, qui consiste à opérer en deux temps : incision des parties molles jusqu'à l'ampoule rectale, puis incision de cette ampoule dès qu'elle apparaît dans la plaie ? La réussite de la ponction simple, au moment de la naissance, semblait devoir faire préférer l'opération par le périnée à l'établissement d'un anus artificiel par la méthode de Littre ?

6. M. Painetvin présente l'extrémité inférieure d'un tibia atteint d'*ostéite condensante*, et pour laquelle M. Richet a pratiqué l'amputation de la jambe.

Le canal médullaire a presque complètement disparu, et est remplacé par un tissu dur, compacte, éburné ; dans le canal médullaire existe une substance molle, fongueuse au centre, cartilagineuse à la périphérie, et qui au microscope est constituée par un tissu fibreux formé ou en voie de formation.

Le périoste est ulcéré en certains points, l'os paraît rugueux, et les cartilages commencent à s'altérer.

M. Chassaignac : Nous avons sous les yeux un exemple remarquable de suppuration centrale des extrémités osseuses ; or, toutes les fois qu'il se forme du pus au centre d'un os, il se produit toujours de l'hypérostose portant à la fois sur le tissu spongieux et sur le tissu compacte.

Dans tous ces cas, avant de recourir à l'amputation, je crois qu'il faut d'abord essayer le traitement suivant : donner issue au pus en perforant l'os avec le trépan, la gouge et le maillet, s'il est nécessaire, puis ensuite faciliter l'issue du pus par un tube à drainage.

M. Dolbeau : L'hypertrophie osseuse n'est pas due à la présence du pus ; mais c'est un résultat de l'inflammation, un mode de terminaison.

7. M. Chassaignac, au nom de M. Hénocque, montre une

fracture du crâne par enfoncement, et donne les détails suivants :

Le nommé Bloquel, âgé de 26 ans, est entré le 6 mai à l'hôpital Lariboisière, salle Saint Louis, n° 6.

Quelques heures avant son admission, cet homme a reçu un violent coup de pioche sur la partie supérieure du crâne. Il est tombé sans connaissance, et a perdu une quantité notable de sang.

A la visite du soir, le malade est trouvé dans le décubitus dorsal, les yeux fermés. Il répond avec lenteur aux questions qui lui sont adressées, et n'a pas mémoire de la façon dont l'accident est arrivé. Il demande à plusieurs reprises qu'on le laisse reposer et se plaint de douleurs vives dans la tête, et de lassitude générale.

La sensibilité des membres est conservée, il n'y a pas de paralysie.

A l'examen du crâne on constate sur la ligne médiane, et à peu près à l'union des pariétaux avec le frontal, une plaie contuse de forme étoilée, du centre de laquelle s'irradient quatre déchirures dont la plus longue est de 5 à 6 centim. Les bords, sont assez régulièrement tranchés. Au centre existe une ouverture par laquelle le doigt est introduit et peut constater une dépression notable de la paroi osseuse; en arrière on sent la saillie rugueuse d'un fragment osseux.

Le lendemain 7 mai, l'état du malade n'a pas changé.

Je diagnostique une fracture du crâne par enfoncement, siégeant au niveau du sinus longitudinal supérieur, et porte un pronostic très-grave.

Saignée de 300 grammes, 8 sangsues à la nuque. Tartre stibié en lavage. Pansement par occlusion à l'aide de diachylon.

8 mai. Le malade est agité, il se tourne brusquement dans le lit, puis reste quelque temps dans la somnolence. Il répond avec lenteur aux questions, mais avec assez de netteté. La langue amenée sur les lèvres est tremblante. Peau chaude. Pouls à 60. 8 sangsues à la nuque. Tartre stibié.

9 mai. Gonflement œdémateux du front. Subdélirium. Le

pansement par occlusion est enlevé. Cataplasmes; saignée de 300 grammes.

Le soir le pouls est à 140. Il y a de l'agitation, du délire, alternant avec la somnolence; on est obligé de maintenir le malade à l'aide de planches.

10 mai. Pupilles dilatées, somnolence très prononcée, face rouge, animée, selles et miction involontaires. Respiration bruyante, presque stertoreuse. Pouls petit, serré, 108 puls.

Lorsque l'on pince ou que l'on pique les membres du côté droit, le malade remue et fait entendre des grognements. Les mouvements ont lieu à droite et à gauche.

Le malade ne paraît pas sentir des piqûres dans les membres du côté gauche, aucun mouvement n'amène la douleur.

Je pense qu'il y a compression du cerveau par les fragments enfoncés, et qu'il y a lieu de chercher à les relever ou même à appliquer le trépan. La plaie est largement débridée à l'aide des ciseaux; on voit alors très nettement une solution de continuité du crâne, de forme régulièrement ovale, un fragment comme taillé à l'emporte-pièce est enfoncé vers le cerveau, et maintenu enclavé par quelques esquilles.

Après avoir enlevé les esquilles à l'aide de l'élévateur, je tente de relever le fragment moyen, qui cède brusquement et laisse apercevoir la paroi supérieure du sinus longitudinal, d'où jaillit un jet de sang veineux augmentant par saccades avec les mouvements respiratoires. En épongeant la plaie, on aperçoit une ouverture du sinus qui donne passage au sang.

La ligature est tentée à plusieurs reprises à l'aide d'une pince, puis de deux ténaculum traversant en sens contraire la paroi du sinus, des fils sont passés au-dessous; mais malgré une forte constriction, ils cèdent aussitôt que les ténaculum sont enlevés.

Des rondelles d'amadou sont appliquées sur la plaie et maintenues avec les doigts. L'hémorrhagie semble s'arrêter; mais l'état du malade est devenu subitement des plus alarmants.

La respiration est stertoreuse; il y a du râle trachéal, le pouls est filiforme, insensible, l'œil est atone, les pupilles dilatées, la langue violacée, tuméfiée, est serrée entre les dents.

La bouche est ouverte de force; on excite l'arrière-gorge, des pressions méthodiques sont exercées sur le thorax, aspersions d'eau froide, flagellations.

Le malade meurt.

La quantité de sang perdu a été d'environ 300 grammes.

Autopsie faite le 13 mai, 72 heures après la mort.

Le crâne présente une ouverture ovale nettement découpée, taillée un peu en biseau aux dépens de la table interne, siégeant juste au confluent des sutures sagittale et fronto-pariétale. Le grand diamètre, situé dans le sens longitudinal est de 4 centimètres Le diamètre transversal de 0 mètre 5. Les 2/3 de l'ouverture dépassent la ligne médiane du côté droit.

La dure-mère présente une perforation de la paroi supérieure du sinus longitudinal supérieur, à sa face interne dans un espace correspondant à la fracture; une couche de sang est adhérente. La portion de l'hémisphère droit située au-dessous présente des noyaux de contusion, superficiels, d'une épaisseur d'un demi centimètre et d'une largeur de 2 ou 5 centimètres en divers sens; dans le lobe droit du cervelet, à la face inférieure, se voit un ramollissement dû probablement à une contusion de l'organe.

La substance nerveuse, réduite en bouillie violacée, se dissocie par l'action de l'eau, et forme une petite cavité, recouverte par une portion de substance nerveuse, et présentant une ouverture allongée et déchiquetée.

Le cœur et les gros vaisseaux n'ont rien présenté de notable, les cavités droites du cœur ne renfermaient pas d'air ni de caillots spumeux.

Les principaux viscères ont été examinés et n'ont pas présenté d'altérations notables.

On n'a trouvé en aucun autre point du crâne des traces de fracture.

M. Desprès demande si la mort ne serait pas survenue par l'introduction de l'air dans les veines au moment où la plaie du sinus est devenue béante.

M. Chassaignac. Cette explication est très-probable. Le malade

n'avait perdu que très peu de sang, et cependant la mort a été subite ; je regrette vivement que l'autopsie n'ait pas été faite dans ce sens.

M. Luys : Un grand enseignement ressort de ce fait. Nous avons sous les yeux une contusion directe de l'hémisphère cérébral droit, puis une contusion par contre-coup de l'hémisphère droit du cervelet. On ne peut donc méconnaître la solidarité qui existe entre toutes les parties de l'encéphale.

Mais cette solidarité, bien évidente au point de vue des lésions, existe au point de vue des symptômes.

Ainsi dans les tumeurs de la convexité de l'encéphale, on a vu des lésions des hémisphères donner lieu aux symptômes qui se voient habituellement dans les lésions du cervelet ; de même on a vu des altérations du quatrième ventricule chez des malades qui avaient présenté des convulsions choréiformes. Or, ce sont des symptômes qu'on peut appeler, je crois, symptômes par contre coup.

D'où cette conclusion que dans les affections cérébrales il ne faut pas considérer la lésion isolée, bien distincte, bien séparée du reste de l'encéphale.

J'insisterai de plus sur le point suivant : Toutes les lésions du cervelet (tumeurs, hémorrhagies, ramollissement) sont suivies de mort très rapide. Je me demande si dans ce cas la mort subite ne doit pas être attribuée à la lésion du cervelet.

M. Panas. Dans les symptômes que nous a énumérés *M. Chassaignac*, je vois plutôt des signes de contusion cérébrale, que des signes de compression ; en effet, il y avait du délire, puis la marche des accidents me paraît plutôt le fait de la contusion.

Je crois que la mort peut être attribuée à deux causes :

La lésion du cervelet, puis l'introduction de l'air dans les veines.

De plus, ce fait vient à l'encontre de l'opinion des auteurs du *Compendium* qui ont écrit que la trépanation pouvait être faite au niveau des sinus ; or, ce fait prouve que l'ouverture des sinus n'est nullement sans danger.

Enfin ce fait prouve la commotion par contre-coup et par

suite la contusion, établie par les expériences de Gama, et niée depuis. J'ai moi-même observé un fait analogue. C'était un homme qui avait reçu un coup sur la fosse temporale gauche, et il existait une contusion du cerveau au niveau de la fosse temporale droite.

8. M. Bergeron (H) montre une tumeur *encéphaloïde du testicule* enlevée par M. Tillaux.

Son volume est assez considérable ; elle n'adhère à la peau qu'en un seul point, et contient beaucoup de suc cancéreux. Toute trace de testicule a disparu.

L'examen histologique n'a fait découvrir qu'un petit nombre de grandes cellules.

9. M. de Font-réaux fait voir une *péricardite chronique* avec adhérence du péricarde. Des fausses membranes très épaisses unissent les deux feuillets de la séreuse, et leur épaisseur est telle qu'en certains points on voit des vacuoles creusées dans leur intérieur.

Le cœur petit, déprimé ne présente qu'une légère altération des valvules aortiques.

10. M. Cornil met sous les yeux de la Société les *organes génitaux* d'une femme de vingt-quatre ans, qui présente une forme très rare de *tuberculisation*.

Cette femme avait eu dans son enfance un grand nombre d'affections scrofuleuses, et avait fait une fausse-couche il y a trois mois.

A l'autopsie, on a trouvé un grand nombre de tubercules miliaires dans les poumons, sur les plèvres, le péritoine.

Le péritoine pelvien surtout était parsemé de granulations tuberculeuses.

Un abcès assez volumineux enkysté existait entre le rectum et l'utérus, derrière les ligaments larges.

Les ovaires sont sains.

Une dizaine de granulations tuberculeuses, se voient sur le pavillon de la trompe du côté droit; mais ce qui est le plus remarquable, c'est de voir la surface interne de l'utérus parsemée de tubercules miliaires, surtout au niveau de l'insertion du placenta.

Dans la forme la plus commune de tuberculisation des organes génitaux, les tubercules sont dus à une infiltration graisseuse des éléments épithéliaux; mais dans ce cas ils sont formés par une agglomération des corpuscules du tissu conjonctif et de cystoblastions, de sorte que, comme pour le poumon, on peut admettre deux formes de tuberculisation de l'utérus.

M. Desprès, demande si la tuberculisation des organes génitaux avait été reconnue pendant la vie, et sur la réponse négative du présentateur, il fait remarquer que dans tous les faits publiés en France et à l'étranger, cette affection n'a jamais été reconnue qu'à l'autopsie.

M. Voisin, rappelle à ce sujet un mémoire sur la tuberculisation de l'utérus qui a été publié par M. Namias, médecin de l'hôpital de Venise; or, ce médecin lui a fait voir deux femmes atteintes de tuberculisation de l'utérus sur lesquelles on voyait à l'examen du spéculum, un suintement de matière tuberculeuse par le col de l'utérus; et le diagnostic a été confirmé par l'autopsie.

M. Desprès émet des doutes sur la valeur des faits cités par M. Voisin, se fondant sur ce que les cancers de l'utérus et même les tumeurs fibro-plastiques donnent lieu à un écoulement épais qui peut être confondu avec la matière tuberculeuse.

11. M. Martineau présente une *anomalie du rein* trouvée à l'autopsie d'une femme de vingt et un ans morte au quinzième jour d'une fièvre typhoïde à forme thoracique, et donne les détails suivants: A l'autopsie j'ai constaté les lésions de la fièvre typhoïde, ulcérations des plaques de Peyer, gonflement et

inflammation des glandes mésentériques, pneumonie secondaire double. En recherchant les altérations des autres organes, je ne trouvai pas le rein gauche à la place ordinaire. Le rein droit occupait sa place normale. Quant au rein gauche, je le trouvai dans le petit bassin en arrière du ligament large gauche. Il était entouré, comme lorsqu'il occupe sa place ordinaire, d'une atmosphère cellulo-adipeuse. Il se trouvait en rapport d'une part par sa face postérieure avec les parois du petit bassin, sur lesquelles il reposait au niveau de l'articulation sacro-iliaque, en arrière de lui, se voyaient les vaisseaux iliaques, artère et veine, ainsi que les vaisseaux hypogastriques; d'une autre part, par son bord antéro-interne, il était en rapport avec le rectum, la corne gauche de l'utérus et la partie postérieure de la paroi gauche du vagin. Par suite de ce rapport il en résulte, qu'en pratiquant le toucher vaginal, on trouvait avec le doigt dans le cul-de-sac postérieur du vagin et à gauche, le rein formant tumeur, tumeur sur la nature de laquelle il aurait été très difficile, pour ne pas dire impossible de se prononcer pendant la vie, surtout, si par une circonstance quelconque, le rein ou son enveloppe celluleuse était venu à s'enflammer.

La face antérieure du rein regardait en haut et en avant; elle était recouverte par le péritoine, dont elle était séparée par l'enveloppe cellulo-adipeuse; elle était en rapport, vers son extrémité antérieure, avec le ligament large et les organes qui y sont contenus, l'ovaire, la trompe et le ligament rond. L'ovaire ne présentait aucune adhérence; il renfermait à sa surface des cicatrices noirâtres, froncées, indice de l'ovulation. Du reste, cette femme avait eu un enfant. Le hile du rein était situé sur cette face antérieure; en outre, on trouvait un petit lobe de la grosseur d'une noix, et comparable en tout point au lobe de Spiegel. Comme lui, en effet, il était entouré d'un cercle vasculaire artériel et veineux.

Les vaisseaux du rein, par leur origine et le point où ils se jettent, sont en rapport avec la position anormale du rein; ils montrent ainsi que le rein n'a pas subi un déplacement, une luxation, comme on en trouve fréquemment; mais que cet organe s'est développé primitivement dans la région où nous

l'avons trouvé; en un mot, nous avons affaire à un déplacement congénial du rein.

L'artère rénale, en effet, naît de la bifurcation de l'aorte, à la place de la sacrée moyenne. Cette artère, arrivée au niveau du petit lobe sus-mentionné, se bifurque : un des troncs passe à gauche; l'autre passe à droite du lobule, pour venir se réunir de nouveau en un seul trait qui pénètre dans le rein au niveau du hile.

La veine rénale sort du hile, au-devant de l'artère rénale. A ce moment, elle reçoit la veine utérine. Après sa sortie, elle accompagne le tronc gauche de l'artère, en passant à gauche du lobule; arrivée à l'extrémité postérieure de ce lobule, elle se jette dans la veine iliaque gauche, après avoir reçu la veine ovarique gauche qui, abandonnant l'uretère au niveau du hile, passe à droite du lobule, venant compléter ainsi le cercle veineux qui entoure ce petit lobe.

Quant à l'uretère, il naît de la partie antérieure du hile, au-dessous des vaisseaux; il est court, d'un volume normal : sa longueur est de dix-huit centimètres.

Cette pièce vient, en outre, confirmer l'opinion que nous avons émise, dans notre thèse inaugurale, sur la maladie d'Addison, à propos de l'indépendance de la capsule surrénale et des reins, opinion, du reste, émise par plusieurs auteurs, et parmi eux nous devons citer notre savant président, M. le professeur Cruveilhier. En effet, on constate que la capsule surrénale gauche occupe sa place normale, recevant directement les vaisseaux de l'aorte.

12. M. Rondeau fait voir un *enchondrome de la tête du péroné*, qui s'était développé dans le creux poplité. Les dimensions étaient les suivantes : 17 centimètres en hauteur, 40 centimètres de circonférence. Cette tumeur est constituée de la façon suivante : une coque cartilagineuse la recouvre; à l'intérieur elle est creusée de nombreuses alvéoles contenant une substance gélatineuse et des corpuscules très durs.

M. Ranvier : J'ai fait l'examen histologique de cette tumeur,

qui est formée par du tissu cartilagineux hyperplasié à la périphérie, tandis qu'à l'intérieur il est calcifié. Ses cellules sont entourées de sels calcaires et de granulations graisseuses.

Le tissu médullaire a disparu ; on ne voit plus ni myéloplaxes ni médulocèles ; à sa place existent des vaisseaux capillaires dilatés, et des cellules adipeuses remplies de cristaux de margarine.

C'est donc un enchondrome avec calcification de ses éléments.

13. M. *Texier* présente la moelle d'un jeune homme atteint de *fracture de la colonne vertébrale*, qui a présenté des signes de paraplégie complète et une paralysie de la vessie et du rectum, et en outre une gangrène de la verge.

Il y avait un épanchement sanguin très considérable dans le canal rachidien, et au niveau de la deuxième vertèbre dorsale existait un foyer ramolli dans la partie centrale de la moelle. Des caillots nombreux remplissaient les veines poplitées et saphène.

Le présentateur attribue la gangrène de la verge à la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins de cet organe.

M. *Desprès* fait remarquer que des lésions des organes génito-urinaires existant chez ce malade, il est plus rationnel de rattacher la gangrène de la verge à l'infiltration urineuse.

14. M. *Perret* montre un placenta dont une partie s'est détachée spontanément pendant l'accouchement, ce qui a entraîné la mort de l'enfant par hémorrhagie.

Le présentateur, se fondant sur des phénomènes antérieurs accusés par cette malade, qu'il croit devoir être rattachés à la syphilis, et sur quelques dépôts de matière jaunâtre parsemés à la surface du placenta, croit qu'on a sous les yeux un placenta offrant des altérations syphilitiques.

15. *M. Leven* met sous les yeux de la Société des cerveaux de moutons atteints de tournis, chez lesquels on peut voir un kyste qui renfermait des cœnures comprimant la couche optique et le corps strié d'un côté.

Puis il communique plusieurs dessins représentant des cerveaux de moutons atteints de tournis, et fait remarquer que quel que soit le siège de la lésion, il y a toujours compression des couches optiques et des corps striés, d'où altération des pédoncules cérébelleux supérieurs, ce qui serait pour lui la cause de cette affection encore mal connue.

PÉRICARDITE HÉMORRHAGIQUE. — ÉPANCHEMENT DE DEUX LITRES ET DEMI DE SANG ET DE SÉROSITÉ DANS LE PÉRICARDE. — NÉOMEMBRANE ÉPAISSE TAPISSANT LE FEUILLET SÉREUX. — VASCULARISATION ET ECCHYMOSES DE CETTE NÉOMEMBRANE. — Observation par M. CH. FERNET, interne des hôpitaux.

Gaudon (Théophile), âgé de seize ans, relieur, entre le 24 avril 1864, à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 12.

Ce garçon, assez développé physiquement, a eu, jusqu'à l'an dernier, une assez bonne santé; à cette époque, il a dû entrer à la Pitié pour une affection thoracique aiguë, dont il s'est bien rétabli. Depuis un mois environ, il éprouve de la fatigue et du malaise général, qui ont augmenté ces jours derniers, ce qui l'a décidé à venir à l'hôpital. On reconnaît chez lui l'existence d'une fièvre catarrhale qui se modifie rapidement sous l'influence du traitement, et dans les premiers jours de mai, le malade est convalescent, lorsque surviennent des accidents aussi imprévus que sérieux.

4 mai. On remarque que le malade paraît plus oppressé et que sa figure est un peu cyanosée. Les poumons ne présentent que quelques signes d'induration dans le sommet droit. On examine le cœur : ses battements sont tumultueux et peu distincts, d'une grande fréquence et faibles; l'organe paraît se trémousser derrière la paroi thoracique, qu'il ne frappe que très faiblement. On ne peut déterminer le siège de la pointe :

la matité précordiale est très étendue. A l'auscultation, les bruits sont faibles, à peine perceptibles (le bruit respiratoire les couvre en partie), mais sans souffle ni autre bruit anormal. Le pouls est faible et très fréquent; le foie est développé et dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

Six ventouses scarifiées à la région précordiale.

6 mai. Les ventouses n'ont amené qu'un soulagement très momentané. Ce matin, nous trouvons le malade assis dans son lit, en proie à une extrême dyspnée, avec sensation de suffocation imminente. La poitrine donne à la percussion une sonorité exagérée, et à l'auscultation de la respiration puérile; le cœur, à peine sensible à la palpation, ne donne à l'oreille que des bruits confus, au milieu desquels on reconnaît seulement une contraction convulsive et tumultueuse, quoique très faible; le pouls, très fréquent, est à peine sensible au doigt; le ventre est ballonné, et il y a un peu d'ascite; les membres inférieurs sont œdématisés: pas d'albuminurie.

Vingt ventouses sèches sur la poitrine.

7 mai et jours suivants. Les symptômes précédents s'exagèrent, mais il n'en survient pas de nouveau; la poitrine reste sonore en arrière, les battements du cœur tumultueux, le pouls par intervalles tout à fait insensible; l'ascite et l'œdème des membres inférieurs sont très développés. Le malade peut à peine rester au lit, et se tient assis sur un fauteuil et sur une chaise.

11 mai. La dyspnée est un peu moindre, mais l'abattement est très marqué; le malade, assis sur une chaise, s'appuie avec les coudes sur une autre chaise placée devant lui; ses mains et ses avant-bras sont cyanosés et livides, très légèrement gonflés (ce qui est peut-être un effet de la position qu'il garde); ascite considérable, énorme œdème des membres inférieurs. Même état du cœur, du poumon et du poul.

Le soir, à cinq heures et demie, le malade meurt, sans présenter aucun symptôme nouveau et sans secousse: il était assis sur sa chaise, en proie à la dyspnée qui le tourmentait sans relâche depuis quelques jours.

Autopsie le 13 mai. Le cadavre est en bon état de conservation.
59^e année 1864, 2^e série, T. IX.

tion; du sang s'est écoulé par le nez sur les côtés de la face. Le ventre est très distendu, et les extrémités inférieures sont très œdématisées.

Abdomen. A l'incision des parois abdominales, il s'écoule une grande quantité de liquide séreux et transparent contenu dans le péritoine; la masse intestinale est ratatinée, et le calibre de l'intestin grêle est extrêmement réduit dans toute sa longueur.

Thorax. Les poumons adhèrent par un grand nombre de points de leur surface aux parois thoraciques; leur bord antérieur s'avance de chaque côté au devant du péricarde qu'il recouvre, et ne laisse en rapport avec la paroi thoracique antérieure que dans une étendue de sept à huit centimètres transversalement. Le bord est fixé au feuillet fibreux du péricarde par des adhérences cellulo-fibreuses très intimes; les deux cavités pleurales renferment une petite quantité de liquide. Le bord inférieur du lobe supérieur du poumon droit est réuni à la partie thoracique par une adhérence continue qui sépare la plèvre droite en deux cavités secondaires, dont la supérieure est pleine de liquide formant une couche peu épaisse qui entoure le lobe supérieur du poumon droit.

Les deux bords antérieurs du poumon sont écartés en dehors par la déchirure des adhérences, et le *péricarde* est ainsi découvert. Il représente une masse ovoïde placée transversalement dans la cavité thoracique, et refoulant en dehors de chaque côté la face interne des poumons, qui coiffent les deux extrémités de la masse, grâce aux adhérences qui les unissent. En avant, la masse répond par sa partie moyenne seulement à la paroi thoracique; en arrière, elle repose sur la colonne vertébrale.

On retire, par la ponction du péricarde, deux litres et demi de liquide; ce liquide, d'abord séro-sanguinolent, devient bientôt uniquement sanguin, composé de sang noir fluide.

En incisant le péricarde, on voit que son feuillet pariétal est recouvert, dans toute son étendue, par une couche fibreuse uniformément répartie sur toute sa surface et offrant un ou deux millimètres d'épaisseur; cette couche est peu adhérente à la séreuse, et on peut l'en détacher assez facilement.

A la partie inférieure droite, on remarque plusieurs taches sanguines semblables à des ecchymoses, de forme irrégulière ces ecchymoses, d'un rouge foncé, ont deux travers de doigt d'étendue environ dans tous les sens. En examinant à la loupe leur surface et les parties qui les avoisinent, on y remarque très nettement de petits vaisseaux très déliés qui parcourent la pseudo-membrane en divers sens. Dans les points qui correspondent à ces ecchymoses et à la vascularisation des néo-membranes, on trouve sur le feuillet fibreux une augmentation de vascularité très considérable; la fausse membrane du péricarde est dense et résistante: on en peut faire des lambeaux aussi étendus que l'on veut.

Le cœur est aussi enveloppé dans sa totalité par une couche fibreuse uniforme, dont l'aspect est rugueux et comme feutré, et dont l'épaisseur égale celle de la membrane qui double le feuillet pariétal.

Le volume du cœur est petit; il n'y a rien d'anormal dans sa structure ni dans ses cavités.

Conclusions. L'état de vascularisation de la néo-membrane péricardique, les ecchymoses dont cette membrane était le siège, autorisent à croire que l'hémo-péricardite s'est faite ici par un processus analogue à celui qu'on a invoqué pour expliquer certaines hémorrhagies de la tunique vaginale, de l'arachnoïde, etc.; c'est-à-dire que le sang épanché a eu sa source dans les vaisseaux développés dans la pseudo-membrane.

TUMEURS MULTIPLES DE L'ENCÉPHALE, DE LA MOELLE ET DES NERFS. — MORT. — AUTOPSIE. — Observation par M. VAST, interne des hôpitaux.

Bodin, âgé de vingt-un ans, ferblantier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Benjamin, n° 3, service de M. Vigla, dans le courant de l'année 1863.

Cet homme était de bonne santé habituelle, mais il avait des habitudes de masturbation. Il y a quatre mois, surdité

de l'oreille gauche, qui débuta par des bourdonnements et des tintements sans écoulement, ni douleurs, ni angine, ni coryza. Il y a deux mois, tout à coup, sans cause connue, éblouissements durant d'abord cinq à dix minutes, et l'empêchant de continuer son travail. Bientôt ces éblouissements devinrent constants, et par moments il voyait double seulement de l'œil gauche. A droite, la vue était obscure; le jour il ne reconnaissait pas les objets à vingt centimètres, bien qu'il distinguât le jour.

Au début de sa surdité, il fut pris de vomissements durant quinze jours, et d'une céphalalgie siégeant au front et aux yeux. Plus tard, il éprouva une sensation de vide en penchant la tête en avant et en arrière, sans nausées; pas de perte de mémoire.

Il y a deux mois, premiers troubles de la marche. D'abord il peut se servir de la vue pour diriger ses pas; mais après quelques moments sa vue devient tout à fait trouble: le malade marche, selon son expression, comme un homme ivre; la tête lui tourne; sa vue s'obscurcit; il écarte les pieds, se retient aux objets voisins, ne pouvant suivre une ligne droite; il manque d'équilibration, sans frapper du talon. S'il veut se tenir debout, en rapprochant les pieds, il vacille davantage. Au bout de quelques instants de marche, quand la vue est tout à fait troublée, le malade tombe.

Dans le membre inférieur gauche, il y a un affaiblissement notable des mouvements de flexion du pied sur la jambe et de la cuisse sur le bassin. Du même côté, il y a diminution de la sensibilité. Il n'y a pas de faiblesse des deux membres supérieurs, ni de la jambe droite.

Sa montre, placée sur la tempe gauche ou derrière l'oreille du même côté, n'est pas entendue.

Il n'y a pas de trouble de la parole.

Quelques semaines après, la vue était complètement éteinte, et ses pupilles étaient fortement dilatées, bien que par moments elles se contractassent spasmodiquement. M. Galinzowski, chef de clinique de M. Desmarres, a fait l'examen ophtalmoscopique de ce malade; voici ce qu'il a observé: Les papilles des deux nerfs optiques étaient visiblement gon-

flées et saillantes; leurs bords étaient irréguliers, et se perdaient sous une exsudation blanchâtre; les vaisseaux étaient fortement engorgés et variqueux, et, arrivés à la circonférence de la papille, ils s'enfonçaient dans l'exsudation, disparaissaient après un court trajet, et ne se montraient sur la rétine qu'à trois ou quatre millimètres au delà du bord de la papille. Les vaisseaux capillaires de la papille étaient excessivement développés, au point que, dans certains endroits, ils simulaient des épanchements de sang. En général, la papille ne présente plus une simple infiltration, mais une espèce de dégénérescence nerveuse.

En entrant dans le service le 1^{er} janvier 1864, je trouve le malade dans l'état suivant: Il ne peut plus se tenir sur ses jambes, et ne se lève jamais; souvent il agite violemment ses bras, à tel point qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force.

La vue est complètement éteinte; le malade semble tout à fait étranger au monde extérieur: jamais il ne répond directement aux questions qu'on lui adresse. Quelquefois, lorsqu'on cause de lui près de son lit, il semble saisir un mot et y répondre avec plus ou moins d'à propos, mais presque toujours par des injures et des paroles grossières: de semblables paroles sont souvent proférées par lui avec de grands cris, au moment où on s'y attend le moins.

Souvent il marmotte quelques imprécations entre ses dents, puis s'arrête tout à coup. D'ailleurs, il mange assez bien les aliments qu'on lui présente.

A ces périodes d'excitation succèdent des moments de calme qui, chaque jour, deviennent de plus en plus rapprochés et plus longs.

Dans cet état, se passent sans particularités bien notables les mois de janvier, février et mars 1864: mais, dès cette dernière époque, l'excitation, les cris ont disparu presque complètement, et le malade, constamment immobile, la tête couchée sur l'oreiller, les yeux le plus souvent ouverts, entre de plus en plus dans le coma. On ne note pas de convulsions: quand on touche les doigts ou les bras, on ne détermine ni mouvements violents, ni douleur.

Le malade s'éteint le 2 mai.

Autopsie : 1° Congestion générale des méninges : en avant même on trouve sous elle des plaques dues à de l'extravasation sanguine.

2° *Cerveau* : L'hémisphère gauche est sain et ne présente qu'un peu de piqueté. Immédiatement après la section de la dure-mère, on aperçoit une tumeur allongée comme couchée sur le bord supérieur de l'hémisphère droit et s'étendant déjà en s'amincissant sur la face *externe*; delà cette tumeur s'étend en bas, le long de la face *interne* de l'hémisphère jusqu'au voisinage du corps calleux.

Cette tumeur présente les dimensions suivantes : 11 à 12 centimètres d'avant en arrière, 8 à 10 centimètres de haut en bas, et environ 3 à 4 centimètres d'épaisseur. Elle est molle, bosselée, comme fongiforme. A la coupe, elle présente un aspect grisâtre; elle est évidemment vasculaire. Cette masse anormale a simplement refoulé sans la détruire la substance cérébrale dont on peut la détacher même par un simple filet d'eau : elle est contenue dans l'espace sous-arachnoïdien. La tumeur comprimait, environ à la partie moyenne, la face interne de l'hémisphère *gauche* sur lequel cette pression avait produit une excavation très-marquée. La partie la plus superficielle et la plus interne de la tumeur était déjà ramollie et présentait un aspect tomenteux, comme exulcéré; au contraire, la face adhérente au cerveau était lisse, recouverte et enkystée par une membrane mince, sillonnée de vaisseaux.

Dure mère. En quelques points, surtout au voisinage des sinus, et en particulier du sinus longitudinal supérieur, on trouvait de très-petites tumeurs dures, fibreuses : quelques-unes situées dans l'intérieur de la faux du cerveau font une saillie sensible au toucher, les autres offrent de petits prolongements sessiles. De chaque côté de la protubérance et comprimant les pédicules cérébelleux moyens qui leur offraient une sorte de cavité de réception, on trouvait deux petites tumeurs du volume d'une petite noix, bosselées, fibreuses et tenant par un pédicule à la face interne de la dure-mère à laquelle elles restèrent parfaitement adhérentes et suspendues

après que le cercelet eut été enlevé. La situation de ces tumeurs correspondait exactement à l'orifice interne du conduit auditif. Sur la face antérieure du bulbe, à droite de la ligne médiane, un peu au-dessous du sillon séparant la protubérance du bulbe, on trouve une petite tumeur transparente, de la forme et de la grosseur d'un pois, tumeur située dans l'épaisseur des enveloppes, comme la tumeur cérébrale : une semblable tumeur existe sur le pédoncule cérébelleux inférieur droit. Autre petite tumeur au niveau de la 2^e paire cervicale droite. A environ 0,20 centimètres au-dessous du bord inférieur de la protubérance se trouve du côté droit, une tumeur allongée, ovoïde.

Sur les nerfs de la queue de cheval sont une foule de tumeurs analogues à des grains de raisin : parmi ces tumeurs, de différentes grosseurs, quelques-unes sont bosselées et formées par la réunion de plusieurs autres. Toutes sont situées en dehors du tissu nerveux; sur tous les principaux cordons nerveux (le plexus brachial et ses branches terminales, jusqu'aux extrémités des doigts, le nerf sciatique) se trouvent en grand nombre des tumeurs analogues : toutes sont appendues à ces nerfs comme des grains de raisin sur leur grappe.

L'examen microscopique fait par M. Damaschino a prouvé que ces tumeurs étaient toutes de même nature fibreuse, développées aux dépens des enveloppes du cerveau, de la moelle et des nerfs, et qu'il n'y avait aucun tube nerveux dans leur intérieur.

VICE DE CONFORMATION DU RECTUM ET DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES CHEZ UN FOETUS MORT-NÉ DU SEXE FÉMININ, PARVENU AU TERME DE SEPT MOIS, par M. PERRET, interne des hôpitaux.

La mère est âgée de dix-huit ans, célibataire, primipare, d'une bonne constitution, bien conformée, sans trace de maladie constitutionnelle; menstruation régulière depuis l'âge de seize ans jusqu'à la conception; la grossesse s'est bien comportée, et on ne peut trouver dans les renseignements

fournis par la mère aucune cause de la mort du fœtus. L'accouchement s'est fait naturellement, le volume du fœtus du sexe féminin est celui d'un enfant parvenu à la fin du septième mois. L'aspect du cadavre et les renseignements fournis par la mère autorisent à admettre que la mort remonte à deux ou trois jours avant l'accouchement. Ce qui frappe tout d'abord dans l'examen cadavérique, c'est le développement considérable de l'abdomen sur lequel nous reviendrons; l'absence complète d'ouverture anale et un vice de conformation des organes génitaux externes.

Il existe deux grandes lèvres normalement développées, mais offrant entre elles un assez grand écartement qui est occupé par une crête très saillante, décrivant une courbe à convexité antérieure; cette crête paraît être formée par les petites lèvres soudées entre elles dans les cinq sixièmes inférieurs; l'extrémité inférieure s'efface en se continuant avec la peau de la région inter-fessière. L'extrémité supérieure est recouverte par une espèce de capuchon cutané qui réunit de chaque côté à leur partie supérieure les deux grandes lèvres. En attirant fortement en bas la crête saillante qui appartient aux petites lèvres, on la dégage de dessous le capuchon cutané, et on peut voir alors une petite fente médiane longitudinale formée par l'écartement des petites lèvres; cette ouverture permet l'introduction d'un stylet dans une assez grande longueur; nous verrons plus tard dans quel conduit donne cette ouverture. Au point où devrait se trouver normalement l'ouverture anale, on n'aperçoit aucune trace de cet orifice; il n'y a à ce niveau, ni dépression, ni tumeur, ni trace de fluctuation; on ne trouve que la rainure inter-fessière qui est même peu accentuée.

L'abdomen offre un volume considérable; il a environ 45 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic, des vaisseaux nombreux et très développés sillonnent sa paroi; il est très tendu; la fluctuation y est très obscure sinon complètement insensible; il est entièrement mat à la percussion; la cavité abdominale présente les lésions caractéristiques d'une péritonite assez ancienne. Elle est remplie par de la sérosité parfaitement limpide. Le poids a pu en être évalué

à environ 100 à 120 grammes; ce liquide est contenu dans une sorte de poche circonscrite par une fausse membrane très épaisse qui tapisse à la fois le péritoine pariétal et viscéral.

La paroi supérieure de cette cavité partielle dans l'abdomen est formée par le foie qui remplit tout l'espace sous-diaphragmatique. La paroi inférieure est formée par la vessie, l'utérus et le rectum très distendus et recouverts par la fausse membrane dont nous avons parlé; la paroi postérieure par la masse intestinale agglutinée par la fausse membrane et refoulée contre la colonne vertébrale.

La paroi antérieure est formée par la paroi abdominale et la pseudo-membrane. Des tractus membraneux en très grand nombre s'étendent en s'entrecroisant dans tous les sens à toutes les parois de cette cavité.

L'intestin réuni par des fausses membranes molles a pu être isolé dans toute son étendue, et cette dissection a montré l'intestin grêle normalement constitué dans toute sa longueur. Le cæcum est vide, et d'un plus petit diamètre que l'intestin grêle à son abouchement; il est aisé de reconnaître et d'isoler l'appendice iléo-cæcal.

Le colon ascendant est vide, le colon transverse, au contraire, est modérément distendu par du méconium, et offre à peu près, le volume du petit doigt; le colon descendant et l'S iliaque facilement reconnaissable ont à peu près le même volume et le même aspect; mais à la partie inférieure de l'S iliaque, l'intestin se renfle et prend la forme et le volume d'un estomac, chez un fœtus à terme; on pourrait, en effet, à cette partie renflée qui forme évidemment le rectum, décrire une grande et une petite courbure, cette dernière offrant à ses deux extrémités les orifices de la poche rectale; à l'extrémité supérieure aboutit perpendiculairement l'S iliaque, tandis qu'à l'autre extrémité se trouve l'orifice inférieur sur lequel nous allons spécialement attirer l'attention. Examinée avant toute ouverture, l'extrémité inférieure de l'ampoule rectale se présente sous la forme d'une partie rétrécie du volume d'une plume d'oie succédant brusquement à la partie dilatée déjà décrite et s'abouchant immédiatement sur la face postérieure d'une tumeur distendue par un liquide, tumeur que nous verrons

être formée par l'utérus. L'abouchement se fait sur la ligne médiane, mais un peu à droite, au fond d'un sillon qui divise en deux portions inégales la face postérieure de la tumeur utérine, à un peu plus de 2 centimètres du sommet de cette tumeur.

La vessie très développée est quatre ou cinq fois plus volumineuse qu'à l'état de distension normale ; elle est recouverte sur sa face postérieure par la fausse membrane limitante ; sa face antérieure est accolée à la paroi abdominale, et l'organe tout entier s'élève à 2 centimètres au moins au-dessus du petit bassin. La dissection de sa face postérieure montre que dans son tiers inférieur, cette face est en continuité de tissu avec la face antérieure de la tumeur utérine.

La dissection de sa face antérieure ne présente rien de particulier, mais permet d'étudier la portion qui normalement devrait répondre au col ; cette portion est allongée, aplatie, ayant absolument l'aspect ligamenteux ou aponévrotique, sa longueur est d'un centimètre $1/2$ environ ; elle se fixe par son extrémité inférieure à la face postérieure du pubis : il ne semble pas qu'elle soit traversée par un canal, en effet, la vessie étant incisée sur toute l'étendue de sa face antérieure et sur la ligne médiane, il est facile de constater que sa cavité se termine en cul de sac au niveau même de cette partie aplatie et ligamenteuse, qui simulait extérieurement le col vésical. A quelques millimètres au-dessus de ce cul de sac inférieur, se voit sur la face postérieure de l'organe et sur la ligne médiane, un orifice qui se présente sous la forme d'une petite fente verticale, bien distinct des orifices des urètres que l'on voit également sur cette face postérieure, mais à plus d'un centimètre de la ligne médiane et sous forme de fentes transversales. Cet orifice permet le passage d'un stylet de trousse et permet d'explorer à droite et à gauche toute la surface utérine, nous reviendrons sur la cavité utérine, mais nous pouvons dire tout de suite que cette cavité est séparée en deux loges, et que c'est par deux introductions successives du stylet que l'on pénètre alternativement dans chacune des loges de l'utérus, et ce n'est que très difficilement et pour ainsi dire par hasard qu'on arrive à faire passer le stylet d'une des cavités

dans l'autre; nous verrons plus tard à quelle disposition cela tient. Les reins présentent leur volume normal; l'uretère du côté gauche n'est nullement dilaté; mais celui de droite a atteint le volume d'un petit intestin grêle, la distension porte principalement sur sa partie moyenne; ils sont tous les deux en libre communication avec la cavité vésicale, comme on s'en assure par le cathétérisme; le liquide vésical est transparent, ressemblant à de l'urine; la quantité évacuée est évaluée à 30 grammes; mais après la sortie de ce liquide, on peut par une pression même assez douce sur la tumeur utérine faire passer du liquide de cette dernière dans la cavité vésicale.

La tumeur utérine remplit tout le petit bassin et une partie de la cavité abdominale; la distension de l'abdomen était due en grande partie à l'utérus et à la vessie distendus, et complétée par l'épanchement ascitique dont nous avons parlé.

Cette tumeur mesure dans son diamètre vertical, sur sa face antérieure à peu près plane, environ 0,07 centimètres. La face postérieure est fortement convexe, et le ruban métrique appliqué sur toute son étendue, en suivant la ligne médiane donne 0,12 centimètres; elle a 0,16 centimètres de circonférence à sa partie moyenne.

Le bord supérieur, mesuré entre les deux trompes a 0,06 centimètres.

Vue par sa face antérieure, la tumeur utérine a la forme d'un cœur de carte à jouer dont la petite extrémité correspond à la symphise pubienne et la base à l'abdomen. Cette face est en partie cachée par la vessie.

Latéralement, elle est obliquement croisée par les uretères qui viennent obliquement gagner la face postérieure de la vessie; le bord supérieur de l'utérus peut être désigné sous le nom de face supérieure; cette dernière est profondément divisée en deux parties à peu près égales, par une échancrure qui donne à cette portion de l'utérus la forme bicornue; chacune de ces cornes est surmontée à son extrémité externe par la trompe dilatée dans sa moitié interne, où elle acquiert le volume du petit doigt, tandis que dans sa moitié externe elle conserve son volume normal.

Sur la face postérieure se voit la continuation du sillon dont

nous avons trouvé l'origine sur la face supérieure; ce sillon descend obliquement de haut en bas et de droite à gauche, et vient se perdre à un centimètre environ de cette tumeur. On se rappelle que c'est dans ce sillon que vient s'aboucher l'extrémité inférieure de l'intestin; à droite et à gauche de ce sillon, la face postérieure de la tumeur utérine est fortement convexe, mais ne présente rien de particulier à décrire.

La trompe, dilatée dans sa moitié interne, est normale dans sa moitié externe; elle se termine par un pavillon relié à l'extrémité externe de l'ovaire; ce pavillon est normal, de même que l'ovaire et les ligaments larges. La disposition de ces annexes est la même des deux côtés.

Je vais maintenant décrire un conduit qui mérite le nom d'uro-génital; car nous verrons bientôt qu'il communique avec les deux cavités utérines et avec la vessie; le canal est mis à nu par l'ablation de l'os coxal droit jusqu'à un centimètre de la symphise pubienne; il est musculo-membraneux, d'un très petit calibre, parfaitement cylindrique; sa longueur est de trois centimètres environ; il commence à l'orifice que nous avons signalé entre la partie tout à fait supérieure des petites lèvres, sous le capuchon clitoridien; c'est cette fente vulvaire qui donne accès dans le canal: il se termine à la partie inférieure des tumeurs utérine et vésicale, se perdant dans l'épaisseur des parois extérieurement confondues de ces deux organes. Ce canal est parfaitement perméable. Comme le démontre le cathétérisme, un stylet de trousse, introduit dans ce canal et poussé dans diverses directions, peut être introduit alternativement dans le rectum, dans la vessie et dans chacune des cavités utérines. Une dissection plus complète et la description des cavités utérines, nous montrent comment tous ces organes communiquent entre eux et avec le canal uro-génital.

L'incision de chacune des tumeurs utérines, faite dans toute la longueur de leur paroi externe jusqu'aux cornes d'où partent les trompes, donne issue à un liquide limpide, semblable à celui que contenait la vessie, mais deux fois plus abondant que celui de cette dernière, et de plus il est mélangé de petites parcelles noirâtres qui ne sont autres que du méconium venant du rectum.

La muqueuse qui les tapisse est blanchâtre, ridée et comme macérée. Elles présentent à leur partie supérieure et externe au niveau des cornes l'orifice des trompes, orifice circulaire et d'un diamètre relativement considérable, autour de l'orifice de chacune des trompes existe une disposition remarquable de la muqueuse utérine. C'est une sorte de colerette dont la circonférence inférieure est adhérente au reste de la muqueuse avec laquelle elle se continue. La hauteur de cette colerette est d'environ un demi centimètre; la circonférence supérieure irrégulière et comme frangée, entoure les orifices de chacune des trompes et leur est concentrique; ce repli de la muqueuse est libre dans toute sa hauteur, et on peut le soulever avec un stylet dans toute sa circonférence.

Il existe un second orifice dans chacune des cavités utérines, et pour bien préciser la position de cette ouverture, il est nécessaire de revenir sur la forme des cavités qui forment l'utérus. On peut leur distinguer une paroi antérieure, une postérieure, une externe et une interne, une base tournée en haut et un sommet tourné en bas; elles ont donc une forme irrégulièrement pyramidale :

La paroi interne est la plus petite; elle est formée par la cloison qui sépare les deux cavités utérines, sur les parties latérales, et ces deux cavités de la vessie, en avant; c'est à la partie inférieure de cette cloison que se trouvent les orifices dont nous avons parlé; ils sont circulaires, ont environ 1/2 centimètre de diamètre, et la muqueuse forme plusieurs replis concentriques à cette ouverture circulaire. Ces deux cavités ne communiquent que médiatement entre elles. En effet, de la réunion des trois tumeurs sphériques ou du moins à parois convexes, la vessie en avant et les deux portions de l'utérus en arrière résulte entre ces parties un espace à peu près prismatique et triangulaire, dont la face antérieure est formée par la paroi postérieure de la vessie; sur cette face se trouve la fente vésicale dont nous avons parlé, deux parois latérales formées par les parois internes de chacune des deux tumeurs utérines; sur chacune de ces faces et à leur partie inférieure se trouvent les orifices circulaires qui donnent accès dans les cavités de l'utérus; à l'extrémité inférieure de cet espace vient

aboutir le canal uro-génital et à son extrémité supérieure vient aboutir le rectum. Cet espace paraît tout entier tapissé par la muqueuse utérine; le rectum et la vessie paraissent perdre leurs parois propres dès leur entrée dans la tumeur. Ainsi les deux cavités utérines, la vessie, le rectum et le canal uro-génital communiquent tous entre eux, mais médiatement par l'intermédiaire de l'espace compris dans la cloison utéro vésicale, espace dans lequel viennent s'ouvrir cinq orifices, un pour chacune des cavités ou conduits que nous avons décrits, à savoir un pour la vessie, un pour le rectum, un pour le conduit uro-génital, et deux pour les cavités utérines.

RAPPORT DE M. BRICHTEAU.

De tels faits sont relativement assez rares dans l'espèce humaine pour que pendant longtemps on ait dû recourir à l'anatomie comparée pour étudier le développement des divers organes.

On sait que les vices de conformation dont il s'agit ici sont très variés, et les données embryologiques actuelles montrent du reste qu'ils peuvent varier à l'infini; aussi est-il rare d'en trouver un certain nombre absolument semblables. Celui qui vous a été présenté par M. Perret diffère de tous ceux qui ont été décrits jusqu'à ce jour, nous en avons trouvé d'analogues sur lesquels nous dirons quelques mots, mais aucun n'est identique; c'est là une particularité qui lui donne encore plus de valeur.

Exposer brièvement la disposition des organes qui vous ont été mis sous les yeux, chercher à expliquer ce vice de conformation par les connaissances embryologiques les plus généralement admises; tel est le but que je me propose dans ce court travail.

Aujourd'hui grâce aux travaux de Müller, Coste, Delpech, Valentin, Reichert, Breschet, Bischoff, Rathke, Geoffroy Saint-Hilaire, Serres, Koebelt, Longet, nous pouvons prendre pour base de cette étude l'anatomie de développement et non l'anatomie comparée, comme on le faisait autrefois; c'est en effet, à un arrêt de développement que doit être attribué le

vice de conformation qui nous occupe. Je terminerai en signalant les principaux faits analogues que possède la science.

L'observation ci-jointe peut se résumer ainsi : pour les parties externes absence d'anūs, petites lèvres soudées entre elles dans leur deux tiers inférieurs, orifice vulvaire rudimentaire, donnant accès dans un canal qui n'est point le vagin, mais un conduit unique pour la vessie, l'utérus et même le rectum et qui, comme le fit remarquer M. Trélat lors de la présentation, doit être désigné sous le nom de canal ano-uro-génital. Vessie sans canal excréteur particulier et communiquant avec l'utérus et l'intestin rectum, utérus incomplètement cloisonné ; les deux cavités communiquant entre elles et avec celles dont nous venons de parler, rectum très distendu et s'abouchant à la partie supérieure et postérieure de l'utérus, avec lequel il communique ainsi qu'avec la vessie.

Appliquons d'abord à notre cas les connaissances relatives au développement des organes génitaux externes. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Longet. (Phys., p. 200).

« Les parties génitales externes ne se forment qu'après que les organes génitaux internes ont déjà accompli une partie de leur évolution formatrice. A l'endroit où plus tard devra exister l'anūs, se formera vers la cinquième semaine, une fente qui devient de plus en plus profonde par corrosion du feuillet tégumentaire externe. Un travail pareil s'accomplit dans la profondeur du cul-de-sac rectal vers les téguments, et lorsque l'évolution marche régulièrement, cette fente communique avec le cloaque, et par suite avec les cavités rectale, vésicale et vaginale qui plus tard sont devenues distinctes. »

Sur les bords et vers la partie supérieure de cette fissure, apparaissent, vers le trentième jour suivant Coste ; (Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie, 1835), deux éminences arrondies qui donneront naissance au clitoris et aux petites lèvres.

Au-dessous de ces éminences s'en développent deux autres qui formeront les grandes lèvres ; plus bas se fait une cloison transversale qui doit devenir le périnée, et établir la séparation entre la vulve et l'anūs. Les trois cavités intestinale, génitale et urinaire s'ouvrent à l'extérieur par la disparition des tissus

placés entre le cul-de-sac rectal, le vagin et la vessie d'une part et le tégument externe de l'autre. Chez le fœtus que vous avez vu, ce travail ne s'est pas accompli; au niveau de la dépression anale, le cul-de-sac rectal ne s'est pas ouvert, et de là une absence complète de l'orifice anal. Un phénomène semblable s'est passé dans la partie vaginale; et nous explique l'absence du vagin, et d'une portion de l'orifice vulvaire.

Nous emprunterons aussi à M. Longet ce qui a trait au développement des organes génitaux internes et du rectum; voici ce qu'il en dit: (phys. t. 2, p. 211).

« L'allantoïde se forme par une sorte de bourgeonnement creux qui part de la face antérieure de la portion rectale de l'intestin, ou du moins sa cavité entre de bonne heure en communication avec celle de ce cul-de-sac inférieur du tube digestif. La vésicule allantoïdienne conserve quelque temps ces rapports par l'intermédiaire de son pédicule creux (ouraque), dont la partie inférieure se transforme elle-même en vessie urinaire. Il s'en suit que les parties génito-urinaires internes et l'intestin aboutissent à un véritable cloaque, comparable à celui qui à l'extérieur, précède la formation de l'anus et de l'orifice uro-génital.

L'opinion émise par Rathke (1) que la matrice prend naissance en partie du canal génital, en partie de la portion terminale des tubes de Müller ou oviductes, ne peut rendre compte de tous les vices de conformation observés et ne saurait, par conséquent, être admise. Serres (2), Geoffroy Saint-Hilaire (3), Mondini de Bologne. (Inst. de Bol. 1836, t. 2), émirent la théorie suivante, à savoir: que les organes médians sont dans l'origine doubles et séparés, et qu'ils traversent dans leur évolution trois périodes: 1° séparation et dédoublement; 2° complet rapprochement et réunion sur la ligne médiane; 3° fusion complète.

A cette théorie cependant il manquait des bases anatomi-

(1) Kusmaul, ueber Mangel, Verkummerung und verdoppelung der gebarmutter, Wurzburg, 1859.

(2) Serres, Mém. de l'Institut. 1852, vol. XI.

(3) Traité de tératologie, 1852, t. 1, p. 532.

ques qui ne tardèrent du reste pas à lui être données, par Bischoff (*Entwicklung*, Leipzig, 1842, s. 36.) et Leuckart, (*Munchner med. zest.*, 1852).

Ces deux savants constatèrent plusieurs fois sur des coupes transversales du canal génital féminin, l'existence d'une cloison longitudinale. Thiersch (*Munchner med. zest.*, 1852), a pu voir par l'étude des embryons de mouton, que l'utérus et le vagin naissent par deux canaux juxtaposés qui ne sont autres que les canaux de Müller.

Voici comment ces derniers se comportent pour former l'utérus : séparés en haut par la colonne vertébrale, ils s'unissent en bas et s'adossent l'un à l'autre. La partie située au-dessus du point de jonction et du ligament de Hunter deviendra la trompe : la partie située au-dessous deviendra l'utérus et la partie utérine du vagin. Chacun de ces cordons se creuse d'une cavité distincte, puis la cloison qui sépare ces deux cavités se résorbe pour les faire communiquer entre elles et les transformer en un seul organe uniloculaire ; chez notre fœtus, cette cloison a persisté presque complète, puisque l'utérus était double et que les deux cavités ne communiquaient entre elles que par un orifice circulaire d'un très petit diamètre.

Voyons maintenant comment le rectum, la vessie et l'utérus réunis primitivement dans le cloaque primitif doivent se séparer les uns des autres, quand le développement se fait normalement.

Dans le cloaque, qui est l'aboutissant de l'intestin, du pédicule de l'allantoïde ou de la vessie, des canaux de Müller, etc., nous devons distinguer une portion rectale et une portion vésicale.

Le rectum, à une certaine période de la vie intra-utérine, se termine en cul-de-sac du côté des téguments, mais communique largement en avant avec la vessie. Au point où s'abouchent ces deux organes, existe un éperon qui, faible d'abord, se prononce de plus en plus, et finit par séparer complètement la cavité intestinale du réservoir urinaire.

Chez le sujet soumis à notre observation, cet éperon ne s'est pas assez développé pour former entre la vessie et le rectum

une cloison complète : de là une communication anormale entre ces deux cavités.

Les canaux de Müller, réunis pour former l'utérus et un double vagin, aboutissent à la partie postérieure et inférieure du cloaque ; ils forment avec le rectum et la vessie deux éperons, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Le premier doit s'accroître pour former une cloison destinée à séparer complètement la vessie de l'utérus et du vagin, cloison vésico-utérine et vésico-vaginale ; c'est à un arrêt de développement de cet éperon antérieur, que nous devons chez notre fœtus une cloison vésico-utérine incomplète, d'où résulte une communication anormale entre ces deux organes.

L'éperon postérieur, en se développant, doit former une cloison de séparation entre l'utérus ou le vagin et le rectum ; c'est la cloison recto-vaginale ou utérine ; qu'une cause quelconque vienne à entraver le développement normal du fœtus, l'éperon postérieur pourra rester stationnaire, et nous aurons une communication anormale entre le rectum et l'utérus, comme cela a lieu dans le fait que nous venons d'étudier.

En résumé, nous voyons que chez le fœtus présenté par M. Perret, l'arrêt de développement a été considérable et a porté à la fois sur les organes génitaux externes et sur l'orifice anal, et en même temps sur l'utérus, la vessie et le rectum, qui communiquent tous entre eux, comme cela a lieu lors de l'existence du cloaque primitif, et c'est évidemment un exemple de persistance de ce dernier que nous avons eu à examiner ici.

Je dois encore signaler ici que l'utérus était non seulement cloisonné à l'intérieur ; mais il présentait encore à l'extérieur un sillon antéro-postérieur qui lui donnait une certaine ressemblance avec ceux que M. Barth a désignés sous le nom de cordiformes, ces derniers, toutefois, ne comprennent, suivant M. Barth, que les utérus qui n'ont de traces de division qu'à l'extérieur (Barth, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854). Je ne veux pas non plus laisser passer, sans y insister, une particularité de cette observation, intéressante à un autre point de vue : c'est la distension énorme que présentait la vessie, et qu'elle devait à la rétention de l'urine ; cette distension de l'organe a été

vraisemblablement le point de départ de la péritonite observée dans ce cas, et qui sans doute a été la cause de la mort prématurée du fœtus; on sait, en effet, que la vie n'est pas incompatible avec certains vices de conformation, et on trouve dans la science bon nombre d'observations qui démontrent que des enfants ont pu venir vivants et subsister pendant un certain temps avec des arrêts de développement considérables. Les accoucheurs ont été longtemps divisés sur le point de savoir si le fœtus urinait dans l'amnios; et il en est encore quelques-uns qui nient que cela soit, bien que cependant le plus grand nombre l'admettent. Est-ce que notre fait ne viendrait pas à l'appui de cette dernière manière de voir? La distension de la vessie ne se trouve pas, en effet, chez les sujets bien conformés, et nous pouvons rapprocher de ce fait celui signalé par M. Depaul, où l'imperforation de la vessie fut suivie de sa distension et de sa rupture, qui amena aussi la mort du fœtus.

J'ai dit qu'aucun des vices de conformation décrits jusqu'ici ne ressemblait complètement à celui qui vous a été présenté; je vais rappeler quelques-uns des faits qui s'en rapprochent le plus; on pourra apprécier ainsi par quoi ils s'en distinguent.

Montgomery (*Quart. Journ.*, Dublin, 1856, t. XXII, p. 62) a vu sur un fœtus monstrueux, l'utérus communiquant avec la vessie et le rectum; nous rapportons ici cette observation, dont nous devons la traduction à l'obligeance de M. Guyon.

Observation de Montgomery.

Le 19 avril 1856, le docteur Shannon eut la bonté de mettre dans mes mains pour l'examiner un enfant de 7 mois, né, sous ses yeux, le jour précédent, et très difforme, par suite de l'adhérence du placenta avec son corps à la région périnéale.

La mère était âgée de 23 ans; elle avait toujours joui d'une bonne santé, et avait auparavant donné naissance à un enfant, entièrement sain; son mari n'était pas un proche parent; durant sa grossesse elle n'avait eu ni accident ni frayeur; l'eau de l'amnios s'était écoulée 48 heures avant le commencement du travail, quand les viscères abdominaux de l'enfant furent trouvés dans le vagin; la délivrance s'accomplit heureusement, et il n'y eut point d'hémorrhagie.

L'extrémité inférieure droite faisait complètement défaut; la gauche existait, mais était anormale; la cuisse était soulevée et pliée sur le corps presque à angle droit, tandis que la jambe était fléchie le long de la cuisse, et le pied extrêmement plié en haut, avec le talon plongé dans une poche de téguments située presque sur le point d'union du placenta avec le corps de l'enfant; l'enfant fut aisément mis au monde par une action naturelle, et l'on ne trouva aucun dérangement dans le placenta et les autres parties.

Je suis redevable à M. Connor, conservateur du Musée d'Anatomie, collègue de la Trinité, d'un soigneux examen et d'un rapport ci-joint de ce spécimen, ainsi que d'un précieux modèle, en cire, et d'un squelette qui a été merveilleusement préparé.

La tête, les extrémités supérieures et le thorax étaient normaux, mais le côté droit de celui-ci était plus voûté que le gauche; c'était un bel enfant; la colonne vertébrale était bien développée et le tronc normal, la symphyse ilio-sacrale, des deux côtés, était parfaite; le coccyx avait presque une moitié de pouce en longueur et était incliné en bas, en arrière, et du côté gauche; dans les premiers temps de la vie fœtale, cette apparence en forme de queue est très manifeste; l'iléon droit était normal dans toutes ses proportions, à l'exception de sa crête supérieure et antérieure; il n'y avait aucune trace de l'ischion droit ou du pubis; du côté gauche, tout était normal, sinon que le trou obturateur n'était pas distinct, les vaisseaux et les nerfs obturateurs manquant, il était enseveli dans une masse de muscles, etc., dans le dernier squelette, il y avait une petite portion du pubis droit adhérente au gauche; dans celui-ci, pas de trace; rien qu'une surface lisse; au-dessus, et un peu à gauche, sont les restes de la lèvre gauche; en voyant cette disposition, et l'orifice du rectum refoulé au côté droit de la ligne médiane, nous pouvons supposer que l'adhérence atteignit d'abord le côté droit du périnée; le fémur, le tibia, et le péroné du membre gauche étaient parfaits; la rotule était présente, et un fascia particulièrement fort recouvrait l'articulation du genou, et le condyle externe était élargi; l'articulation de la cheville et le calcanéum étaient

normaux, ainsi que le gros orteil et les suivants; les deux derniers et une trace du troisième étaient dans un cul-de-sac; pas de vestige du second orteil, ni des os centraux du pied caché dans cette portion dans le gros orteil, les deux derniers étaient entièrement dérobés aux regards par le cul-de-sac. L'adhérence du placenta à l'enfant était au périnée, où l'attache était très vasculaire, grâce à de nombreux vaisseaux, dont un très large semble avoir joué le rôle de la veine ombilicale, et portait le sang respiré du placenta à l'enfant. Mais comme il n'y avait pas de gros vaisseaux pour le porter directement au foie, il était charrié dans ce viscère à travers les veines des viscères abdominaux; du foie, le courant du sang était porté sur son chemin habituel, jusqu'à ce qu'il arrivât, à son retour, au bout de l'aorte abdominale; alors il retournait au placenta par l'artère hypogastrique droite, très dilatée, et d'un même calibre avec l'artère descendante. L'artère hypogastrique gauche était entièrement oblitérée par la fusion des parties qui réunissent le placenta, juste au côté gauche de la symphyse du pubis; mais à partir de ce point, l'artère ombilicale gauche peut être tracée depuis un large *cul-de-sac* presque dans le placenta, l'artère ombilicale droite étant continue avec l'hypogastrique droite et l'aorte. Il n'y avait aucune trace soit de l'artère iliaque soit de la fémorale du côté gauche.

Les nerfs du grand sympathique étaient particulièrement bien développés; les nerfs sacrés du côté droit étaient présents, mais passaient comme de simples fils dans les orifices sacrés; le système nerveux du côté gauche était normal, et le grand sciatique bien développé.

Tous les viscères situés au-dessus du diaphragme étaient normaux, ainsi que la rate et le foie; ce dernier, toutefois, étant *approvisionné* par la mère à travers le système de la veine porte, qui remplissait les fonctions de la veine ombilicale. L'estomac et le canal intestinal étaient normaux; le cœcum long et en forme d'entonnoir; l'orifice anal aboutissait au cul-de-sac du talon. Les reins étaient normaux et gros; à gauche était le plus gros; les capsules surrénales étaient

très grosses, même pour l'âge de l'enfant (comme le rein du crocodile); la capsule surrénale gauche était dénouée, et d'une longue forme ovoïde, causée par son étendue, en conséquence de la particulière adhérence de l'enfant avec le placenta; les uretères étaient très dilatés, plus gros dans leur calibre qu'une plume de cygne, et se terminaient dans une poche d'une grande capacité, évidemment formée de l'union du vagin, de l'utérus et de la vessie; l'orifice de la vessie ouvrait dans le cul-de-sac près du rectum; sur le bord externe du côté droit de la vessie, l'artère hypogastrique courait élargie, et pénétrait le placenta presque au même point, où, dans l'état normal des choses, il eût pénétré la veine ombilicale.

Le vagin et l'utérus étaient complètement confondus avec la vessie; nulle trace de leur existence, ni de celle des trompes, ni de l'ovaire du côté gauche; tout était mêlé dans une masse générale; car c'était là que la centralisation générale ou l'adhérence avait pris naissance; mais du côté droit la trompe était facile à distinguer et à suivre jusqu'à la vessie, sur le bord droit et extérieur de laquelle elle se perdait ou se confondait; l'ovaire et les franges adhérentes à cette trompe droite étaient très distincts, mais placés très haut dans leur union, près du rein, lieu, où, dans les premiers temps de la vie fœtale, on trouve leur existence; les tubes ressemblaient assez exactement aux cornes de l'utérus de quelques-uns des animaux inférieurs.

Le cul-de-sac du talon est limité par de l'épiderme et contient le dernier et l'avant-dernier orteil, et un rudiment de celui du milieu; les orifices du rectum et de la vessie y ouvraient aussi; il n'y avait pas trace de l'orifice vaginal, mais les restes de la lèvre gauche sur le bord supérieur et externe du cul-de-sac, du côté gauche, et sous la forme d'un pli en croissant; ce cul-de-sac était plein de la même espèce de matière sébacée que celle qui recouvrait d'une couche épaisse la peau de l'enfant.

La ligne de démarcation entre la peau et la membrane recouvrant le foie et les intestins était âpre et bien définie, d'une couleur légèrement purpurine; la couche épithéliale,

au bord, était distincte et facile à s'écailler; cette limite allait de la région lombaire droite autour du talon, qu'elle touchait, passait sous le cul-de-sac, touchait le coccyx et tournait ainsi pour remonter à la région lombaire droite; le cul-de-sac et le petit orifice situé au-dessus du sacrum, étaient du côté cutané de cette ligne. .

Le foie, les intestins et l'artère hypogastrique gauche obli-térée, et l'artère hypogastrique droite élargie et laissant passer le sang, étaient du côté placentaire de cette ligne; le pied semble être devenu adhérent au sac herniaire, juste à l'endroit où le cordon ombilical, quand il existe, le sépare du placenta.

L'enveloppe amniotique était facile à tracer derrière la ligne de démarcation, au-dessus et derrière les téguments de l'épigastre, jusqu'à l'enveloppe séreuse du diaphragme et des viscères abdominaux.

Les ongles n'étaient que faiblement développés; les cheveux étaient très beaux, longs, fins et blonds; la membrane pupillaire était très visible.

Mais dans ce cas, on trouvait d'autres anomalies nombreuses: il y avait absence complète d'orifice vulvaire de la trompe et de l'ovaire gauche; de plus le placenta adhérait au fœtus dont presque toute l'extrémité inférieure gauche manquait; et dont le coccyx était prolongé. Martin Saint-Ange, dans les Annales des sciences naturelles, t. XII, rapporte un fait curieux de l'existence d'un cloaque observé chez un chien privé de queue.

Dans une observation rapportée par Savisard (nouveau Recueil d'observ. chirurg. Paris, 1702, p. 397, observ. 94), il y avait deux cavités utérines, mais aussi deux vagins dans lesquels s'ouvraient la vessie et le rectum.

Bednar (Krank d. Neug., th. 3, s. 207 a vu l'utérus communiquer avec le colon descendant.

Gross. (Meckel, Handb d. path. anat., 1812, p. 706), a vu l'utérus communiquer avec la vessie. .

Ehrman (Description de deux fœtus monstres. 1852), l'a vu communiquer avec le rectum.

Vallisnieri (Cassan, thèse, p. 18), a observé un utérus dou-

ble, dont l'un s'ouvrait dans le vagin et l'autre dans le rectum, à deux travers de doigt au-dessus du sphincter anal.

On trouve dans l'atlas de Fœrster de Leipzig, trois planches se rapprochant du cas qui nous occupe; deux surtout se rapportent à une persistance du cloaque primitif; dans l'un de ces cas, il y avait absence du rectum, et l'S iliaque s'ouvrait dans une cavité commune à la vessie et à l'utérus.

On trouve bien des observations d'absence complète du vagin, telles sont celles de Lenoir (Bulletins de la Soc. Anat. 1843, p. 95.), de Food (Med. facts and observ., v. p. 92.) de Meyer (Burn'd, Midwifery, p. 100.) Mais dans tous ces cas, il y avait en même temps absence de l'utérus et quelquefois des ovaires; cependant certains faits prouvent comme le nôtre que l'absence du vagin peut être essentielle.

ALTÉRATION ATHÉROMATEUSE DE L'AORTE ET DE QUELQUES AUTRES
VAISSEAUX. — EMBOLIES DIVERSES. — RAMOLLISSEMENT ROUGE
DU CERVEAU. — INFARCTUS FIBRINEUX DE LA RATE ET DU REIN.
— Observation recueillie par M. Henri LIOUVILLE (1).

La nommée D.... (Marie-Françoise), quatre-vingt-un ans, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, service de M. Vulpian, le 27 janvier 1864, et morte le 31 janvier suivant.

Renseignements donnés par la surveillante de sa salle :

« Il y a trois ans et demi, elle aurait eu une attaque, « à l'occasion d'une grande émotion (vol de sa petite fortune). Restée, huit jours après cette attaque, sans pouvoir parler; puis hémiplegie qui s'est dissipée peu à peu.

« Depuis son entrée à la maison, elle aurait eu de nouvelles « attaques, rapidement dissipées.

« Elle n'avait probablement plus d'hémiplegie. »

Le 27 janvier 1864, elle entre à la salle Saint-Denis, prise le

(1) Cette observation complète la présentation faite en février. (Voir p. 163.)

jour même d'une nouvelle et forte attaque, dont on ne donne pas bien les causes.

Elle est dans le décubitus dorsal.

Hémiplégie du côté gauche; le bras soulevé retombe comme une masse; le membre inférieur gauche paraît aussi complètement paralysé.

Pas de déviation de la face ni des yeux.

Tremblement très considérable du membre supérieur droit.

Elle comprend un peu ce qu'on lui dit; elle tire la langue quand on le lui demande. Pas de déviation de cette langue. Sensibilité conservée.

Ce même état se prolonge, sans le moindre changement en mieux, pendant deux jours.

29 *janvier*. Quelquefois la face devient noire foncée, très colorée après des alternatives de pâleur.

Traitement: Lavement purgatif. Vingt sangsues à l'anus.

30 *janvier*. Râle trachéal. Aggravation notable.

Paralysie toujours complète à gauche.

La malade parle et répond que: *Ça va bien*, quand on lui demande: *Comment allez-vous?*

Elle tire la langue à première réquisition.

Sensibilité conservée dans le bras gauche.

Mouvements réflexes toniques, quand on la pince à gauche.

La malade remue toujours très vivement le côté droit, avec une sorte de tremblement considérable, qui dure quelquefois longtemps.

Le soir. Râle plus fort que le matin: l'état semble encore aggravé. Quand on la pince fortement à *gauche*, au bras ou à la jambe, elle sent très bien, ne remue pas cette jambe ou ce bras, mais porte *la main droite*, toujours mue par son tremblement, vers les endroits du côté gauche que l'on pince.

Sinapismes; lavement purgatif.

31 *janvier*. Tremblement toujours manifeste de la main droite. Chaleur plus profonde. Râles extrêmes.

Mort, après une des plus longues agonies que l'on puisse voir.

Autopsie faite le 2 février 1864, à dix heures du matin.

Grande quantité de graisse dans le tissu sous-cutané et dans l'abdomen.

Cavité crânienne. Pas de lésions du crâne.

L'encéphale n'a pas été pesé.

La pie-mère est assez fortement œdémateuse; mais le liquide qui l'infiltré est tout à fait transparent. Cette membrane a d'ailleurs une ténacité assez grande, et on l'enlève par larges lambeaux de la surface des hémisphères cérébraux.

Les artères de la base sont peu athéromateuses; cependant leurs parois présentent, de distance en distance, des épaisissements athéromateux qui occupent toute la circonférence ou seulement une partie de cette circonférence.

L'artère cérébrale moyenne, du côté gauche, ne contient qu'une très petite quantité de sang à demi fluide.

L'artère cérébrale moyenne, du côté droit, au contraire, présente, au delà d'un anneau de dépôt athéromateux, un caillot noirâtre, assez ferme, qui s'étend jusqu'à la division de cette artère dans l'étendue d'un centimètre, et pénètre même dans deux des branches que fournit cette artère en se divisant. Il s'étend à plus d'un demi centimètre dans chacune de ces branches.

• Les artères qu'il occupe sont complètement obturées, et il est adhérent à leurs parois.

Quoique ferme, il offre déjà un certain degré de friabilité; il est là formé évidemment depuis plusieurs jours: il n'est point canaliculé.

La surface du cerveau, dépouillée de ses membranes, n'offre aucun ramollissement superficiel, aucune modification d'aspect.

Le cerveau étant placé sur sa voûte, sa base exposée, par conséquent, aux regards, on constate par suite d'une déchirure superficielle de l'insula, faite certainement en enlevant les membranes, qu'il y a un *foyer de ramollissement rougeâtre*, situé au-dessous des circonvolutions de l'insula du côté droit, commençant presque à la limite interne de l'insula, du côté du pédoncule cérébral, et s'étendant au dehors, sous les circonvolutions de l'insula, à deux centimètres au moins de la limite interne.

Vu dans cet endroit, après qu'on a soulevé les circonvolutions de l'insula, ce ramollissement présente une forme à peu près arrondie et un diamètre d'environ deux centimètres. La substance grise des circonvolutions de l'insula, celle des circonvolutions frontales, ne présentent aucune altération; l'encéphale étant placé ensuite sur sa base, on enlève la partie des hémisphères cérébraux qui recouvre les ventricules latéraux.

Ces portions des hémisphères sont examinées au moyen de coupes verticales et transversales, parallèles les unes aux autres, très rapprochées, et l'on n'y trouve aucune lésion.

Lorsque les ventricules latéraux sont bien ouverts, et que l'on peut examiner leurs parois antérieures, on remarque que le foyer de ramollissement s'étend presque jusqu'à la surface ventriculaire du *corps strié droit*; une petite déchirure superficielle de la partie externe dans cette partie l'indiquait: déchirure produite au moment où l'on a ouvert le ventricule de ce côté, et mis le foyer à nu dans ce point.

Une coupe verticale antéro-postérieure, pratiquée sur le bord externe de la surface ventriculaire du *corps strié droit* montre que le foyer occupe toute l'épaisseur du corps strié dans cette région, de cette surface jusqu'à la substance grise des circonvolutions de l'insula.

Une petite partie du corps strié en avant, a échappé à l'altération; et en arrière, le foyer dépasse le niveau du bord antérieur de la couche optique.

En somme, ce foyer de ramollissement a le volume d'une grosse noix.

La substance cérébrale n'est pas complètement réduite en pulpe diffuente; elle a conservé une certaine consistance dans toute l'étendue du foyer; elle offre les mêmes caractères comme mollesse et comme coloration rougeâtre.

La couche optique est parfaitement saine.

2° Le corps strié et la couche optique du côté gauche ne présentent aucune altération.

On n'a trouvé non plus aucune altération, appréciable à l'œil nu, soit dans les pédoncules, soit dans la protubérance annu-

laire ou le bulbe rachidien, soit enfin dans les tubercules quadrijumeaux et le cervelet.

Cavité thoracique. — Un peu d'emphysème des bords antérieurs des *poumons*; affaissement assez prononcé avec un peu de congestion des parties postérieures des deux poumons.

Il y a sous la plèvre du poumon droit, à la partie postérieure deux très petits foyers d'induration.

Rougeur des bronches. Pas de tubercules anciens ou récents.

Le cœur est plus volumineux que dans l'état normal.

Il est à sa surface très chargé de graisse.

Pas d'adhérences du péricarde.

Aucune lésion des valvules du côté droit.

Valvules aortiques suffisantes (expérience de l'eau.)

Induration athéromateuse et crétacée par points sur ces valvules, pas de rétrécissement.

Induration très analogue des valves, de la *valvule mitrale*, pas de rétrécissement non plus.

On a examiné minutieusement les divers points de la cavité du ventricule gauche, de celle de l'oreillette gauche et de son auricule, sans y trouver la moindre trace de concrétions fibrineuses anciennes.

L'aorte thoracique ascendante, présente des *plaques athéromateuses* peu saillantes sous la membrane interne.

Dans un point très rapproché du tronc brachio-céphalique il y a une petite ulcération de 4 à 5 millimètres de diamètre au-dessus de laquelle proémine un petit amas de matière athéromateuse tout à fait ramollie.

Dans le reste de l'étendue de l'aorte thoracique, on ne trouve aucun polype fibreux; il n'y a que des plaques athéromateuses sous-membraneuses.

L'aorte abdominale est plus altérée, surtout dans sa partie inférieure; elle présente là des dépôts athéromateux plus épais; quelques plaques calcaires et plusieurs petites ulcérations.

Cavité abdominale. Foie. — Sain. Pas de calcul dans la vésicule biliaire.

Rate. — Volume un peu considérable, plus que dans l'état normal; une coupe médiane faite du hile à la surface convexe,

met à découvert deux foyers d'altération dystrophique. (*Infarctus fibrineux*).

Ces foyers se présentent sur les surfaces de section, sous forme de deux plaques assez étendues, de coloration gris-jau-nâtre, dont l'une est irrégulièrement arrondie, rapprochée de la surface convexe; dont l'autre, partant du hile, a une forme allongée, étranglée au milieu.

Reins. — Le *Rein gauche*, est tout à fait sain.

Le *rein droit* présente sous sa capsule, à une petite distance du bord postérieur, et vers son tiers inférieur, une petite tache rougeâtre. Une coupe faite au milieu de cette tache fait voir qu'elle correspond à un petit foyer d'aspect analogue à celui de la *lésion cérébrale*, de la grosseur d'un gros pois.

M. Vulpian a bien voulu faire l'examen microscopique des parties altérées. (*Cerveau.* — *Rate.* — *Rein droit.*)

1° *Ramollissement cérébral.* — Il y trouve la structure des parties ramollies peu modifiée.

Les tubes nerveux qui traversent le tissu ramolli sont tout à fait sains; la matière médullaire de ces tubes a conservé une transparence parfaite et l'on ne rencontre pas de fragments de tubes comme dans les ramollissements plus avancés.

La substance finement grenue, les noyaux et les cellules appartenant à la substance grise, offrent aussi l'aspect normal, seulement il y a une assez grande quantité de granulations graisseuses, peu volumineuses, disséminées dans le tissu.

Il y a quelques corps granuleux, encore peu chargés de granulations graisseuses.

Un grand nombre de vaisseaux sont tout à fait sains; mais plusieurs petits vaisseaux ont leurs parois couvertes de granulations graisseuses peu abondantes.

On trouve quelques rares corps amyloïdes.

La coloration rouge semble due principalement à la congestion sanguine vasculaire; peut-être y a-t-il déjà extravasation d'une petite quantité de la matière colorante du sang.

2° *Infarctus de la rate.* — Les parties altérées sont constituées par :

1° Les éléments normaux de la rate, cellules et noyaux spléniques ;

2° Une grande quantité de globules graisseux, pour la plupart peu volumineux, disséminés irrégulièrement.

Quelques cellules spléniques contiennent un nombre plus ou moins considérable de fines granulations graisseuses.

Les vaisseaux (artérioles et veinules,) ne paraissent pas altérés. On trouve de nombreux corps sphéroïdaux plus ou moins réguliers, ayant de 2 à 4 et 5 centièmes de millimètres de diamètre, de coloration brunâtre, et qui sont formés par une accumulation de cristaux rayonnant un peu confusément du centre vers la surface, et qui, suivant toute vraisemblance, sont formés d'hématoïdine modifiée.

En outre, on voit de distance en distance, des sphères plus volumineuses, très transparentes, dont les bords ne réfractent pas la lumière.

Ces corps sphéroïdaux difficiles à apercevoir, ont de 5 à 8 centièmes de millimètres de diamètre ; ils sont constitués par des filaments très fins et très pâles, rayonnant aussi du centre à la circonférence, comme dans les cristallisations de margarine (leucine) ?

Enfin, on trouve aussi des cristaux allongés, octaédriques de la même apparence, et sans aucun doute, de la même nature que ceux que nous avons décrits dans le sang et la rate chez un sujet leucémique. (*Travail de MM. Charcot et Vulpian*).

Il y a aussi des granulations d'hématoïdine amorphe.

3° *Dans le rein.* — La petite partie altérée ne présente d'autre modification qu'une congestion vasculaire, et une grande quantité de granulations graisseuses.

Toutes ces notes microscopiques ont été fournies par M. le Dr Vulpian.

DE L'HYPERTROPHIE PARTIELLE DES PAROIS DE L'ESTOMAC.

Rapport de M. Cornil sur une présentation de M. Carrière (1).

L'hypertrophie partielle des parois de l'estomac n'est pas

(1) Bulletins de la société anatomique, avril 1864.

aussi rare que pourrait le faire supposer la lecture des ouvrages classiques de pathologie, et c'est une lésion qu'on devrait plus souvent mettre en question au lit des malades, lorsqu'on se trouve en face d'une maladie de l'estomac.

Rappelons d'abord la description anatomique donnée par M. Carrière dans son observation.

L'estomac est hypertrophié; l'altération siège dans la portion pylorique et occupe la petite courbure dans toute son étendue jusqu'à un centimètre du cardia; la grande courbure est hypertrophiée dans une étendue qui varie de 4 centimètres et demi à 5 centimètres. La face antérieure l'est dans la même étendue, la face postérieure dans une étendue moins considérable et qui ne comprend pas plus de 3 centimètres. Le point de délimitation entre la portion hypertrophiée et la portion non hypertrophiée n'est pas net, et les deux portions se confondent insensiblement. La valvule pylorique présente son épaisseur normale. De la portion hypertrophiée, l'épaisseur n'est pas partout la même, et elle est plus considérable à la face antérieure que sur les autres points. Sur cette face, en effet, elle n'est pas de moins de 1 centimètre, tandis que sur les autres portions de l'organe elle varie de 4 à 8 millimètres. A la coupe, on voit 4 couches superposées :

1^o La muqueuse, qui est normale; 2^o la couche celluleuse qui a acquis une épaisseur variant de 5 à 8 millimètres et forme une couche blanche et très résistante; 3^o la tunique musculieuse présentant aussi une épaisseur de 2 à 8 millimètres tantôt plus épaisse que la tunique cellulaire, tantôt plus mince suivant les points qu'on examine; elle peut être considérée comme ayant une épaisseur moindre que cette autre couche; sa coloration est d'un gris rosé transparente, traversée par des tractus fibreux, blancs, allant de la couche cellulaire à la couche sous-péritonéale; 4^o la tunique péritonéale dont la couche sous séreuse est hypertrophiée et est épaisse d'un millimètre. La surface péritonéale au niveau de la partie la plus hypertrophiée, présente des traces de péritonite ancienne. On y voit des points opaques blancs, autour desquels les vaisseaux sont aussi hypertrophiés; les points opaques ont la même apparence que les taches laiteuses de péritonite ancienne.

Je fis l'examen microscopique de ce tissu fibro-musculaire à plusieurs couches, qui sur une coupe présentait une assez grande fermeté, qui criait sous le scalpel et offrait une densité telle qu'on pouvait en faire une coupe très-mince. Il n'y avait absolument que du tissu conjonctif et musculaire de la vie organique, sans mélange d'aucun élément hétérogène.

Jusqu'en 1824, époque où parut dans le Nouveau Journal de médecine un mémoire de M. Andral sur ce sujet, l'hypertrophie des parois de l'estomac avait été confondue avec le cancer; la même année, M. Andral faisait l'histoire de l'hypertrophie simple des tuniques musculo-fibreuses de l'estomac, et M. Louis insistait dans un mémoire des Archives sur l'hypertrophie des tuniques musculieuses qui est liée au cancer du pylore. Cet épaississement des muscles peut être, en effet, primitif ou consécutif à un rétrécissement cancéreux de la muqueuse pylorique. Il peut être général ou partiel; mais le plus souvent l'hypertrophie est plus prononcée au pylore et va s'amointrissant à mesure qu'on se rapproche de la grande courbure.

Depuis ces deux mémoires de MM. Louis et Andral, beaucoup de faits nouveaux se sont produits et en ont confirmé la teneur; ainsi, nous trouvons un excellent article sur ce sujet dans l'Anatomie pathologique de M. Andral, dans le Compendium de médecine, et un grand nombre d'observations dans les Bulletins de la Société anatomique, entre lesquels nous citerons un fait présenté par M. Broca en 1850.

Notre cher et excellent maître M. Cruveilhier a consacré plusieurs pages à l'étude de cette lésion dans son Anatomie pathologique générale (T. III, p. 23 et suiv. 1836), et en a donné la meilleure et la plus complète description. Je n'entreprendrai pas de décrire l'hypertrophie des tuniques musculieuses et fibreuses de l'estomac, car pour être exact et complet, il faudrait copier textuellement les pages du livre de notre savant président qui s'y rapportent : il me suffira de vous rappeler les caractères principaux qui distinguent l'hypertrophie simple de l'hypertrophie liée au cancer du pylore. Dans le premier cas, la coupe des parois stomacales est ferme, très solide;

on y distingue parfaitement, à un degré variable d'hypertrophie, les couches muqueuse, fibreuse, la musculieuse dont les fibres sont très manifestes, et la couche sous-péritonéale. En pressant avec force les parois, on n'en fait sortir qu'un liquide parfaitement transparent; pas de suc laiteux comme dans le cancer, et enfin, l'examen microscopique de ce liquide ne présente aucun noyau ni cellule. Ajoutons que les ganglions lymphatiques correspondants sont parfaitement sains.

Dans l'observation rapportée par M. Carrière, l'épaisseur des parois hypertrophiées était, à leur partie la plus épaisse, de 1 centimètre; c'est là une des limites extrêmes; M. Cruveilhier, en effet, ne les a pas vues dépasser 12 millimètres, et ce ne doit être que dans des cas extrêmement rares que l'on peut voir les faisceaux musculaires hypertrophiés soulever la membrane muqueuse, comme par exemple, les faisceaux des muscles du cœur ou d'une vessie à colonnes. Un pareil fait a été observé une seule fois à notre connaissance par Fred. Otto (Hufeland's journal, 1833).

Dans ces derniers temps, peu d'observations nouvelles ont paru relatives à la maladie qui nous occupe, et nous la trouvons seulement mentionnée, sans grands développements dans les livres d'anatomie pathologique de Rokitsanski (1859), de Forster (1861), de Pauluki (1863) et dans l'article de Bamberger, (Handbuch der speciellen pathologie, 1864).

Les causes productrices de cette hypertrophie sont encore environnées d'une certaine obscurité. Dans certains cas la cause est évidente et palpable. C'est ainsi qu'on l'a vue succéder à la gastrite chronique, cause la plus générale pour Forster et Rokitsanski; d'autres fois, elle succède bien évidemment à un obstacle qui siège au pylore, comme un cancer, un polype, un rétrécissement inflammatoire, et alors les parois contractiles s'hypertrophient pour lutter contre l'obstacle qu'elles doivent surmonter. On a même dit, (Réné Prus, Nouvelles Recherches sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac, in-8° 1828), que les vomissements répétés pouvaient produire l'hypertrophie stomacale, comparant en cela les muscles de

l'estomac à ceux du reste du corps qui augmentent de volume par un exercice répété; nous acceptons ce mode de formation sous toute réserve.

Enfin, une péritonite chronique peut donner lieu aussi, voyons-nous, à cette lésion, et nous trouvons dans le cas rapporté par M. Carrière, les traces d'une péritonite chronique, les dépôts laiteux du péritoine stomacal. C'est là, on le comprend, du reste, un point qui demanderait un plus grand nombre d'observations pour être élucidé.

Quant à l'influence de ces causes sur la production de l'épaississement des parois de l'estomac, le rôle tout mécanique des efforts musculaires, nous semble avoir été un peu exagéré. Bien que son action soit incontestable, si nous réfléchissons à ce fait que l'anatomie nous montre aussi dans ces cas, une hypergénèse considérable de tissu conjonctif, nous serons porté à penser que l'inflammation de la muqueuse ou du péritoine, a déterminé dans le tissu cellulaire sous-muqueux, dans le premier cas, dans le tissu sous-séreux dans le second, un afflux de liquides nutritifs et une hypertrophie. Nous serions, comme on le voit, tout disposé à faire jouer un rôle important à la gastrite et à la péritonite péri-stomacale dans la pathogénie de cette affection.

Les symptômes de l'hypertrophie simple des parois de l'estomac sont encore plus obscurs que la pathogénie. Les vomissements paraissent avoir été presque toujours observés; ils étaient alimentaires et ne présentaient jamais de sang; mais ces vomissements se sont observés chez un si grand nombre de malades qu'ils n'ont rien par eux-mêmes de caractéristique, non plus que la distension de l'estomac observés dans un grand nombre de faits. D'ailleurs, les deux symptômes eux-mêmes peuvent manquer, et c'est avec raison que M. Cruveilhier établit deux variétés de l'hypertrophie des tuniques de l'estomac répondant à des symptômes différents. Dans l'une, il existe une hypertrophie concentrique avec diminution de la capacité de ce viscère, et alors existe un ténisme stomacal en vertu duquel les aliments ne peuvent y séjourner longtemps. Dans l'autre, l'hypertrophie est excentrique; les aliments s'accumulent, distendent sa cavité, et, cette dernière

forme ne s'accompagne pas toujours de rétrécissements du pylore, ainsi qu'on pourrait le supposer tout d'abord.

Enfin, un autre symptôme de l'affection qui nous occupe est encore plus propre à observer qu'à élucider son diagnostic, c'est la tumeur stomacale, que M. Broca a relatée dans son observation, et qui pourrait la faire prendre pour un cancer.

Dans cette revue des faits analogues à l'observation si intéressante que nous a donnée M. Carrière, nous avons pu exposer les progrès qu'avait faits la question plutôt que la traiter complètement et d'une façon définitive. Nous serons heureux si nous avons réussi à faire comprendre qu'il restait encore beaucoup à faire pour l'élucider, et nous nous en remettons pour cela aux observations ultérieures.

Ont été nommés membres adjoints :

MM. LABÉDA,
GOUGUENHEIM,
PAINETVIN,
LAMARE.

XXXIX. ANNÉE — JUIN 1904.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Maladie d'Addison. — 2. Pemphigus des nouveau-nés. — 3. Ramollissement cérébral. — 4. Fracture de l'astragale. — 5. Anévrysme de la crosse de l'aorte. — 6. Corps fibreux de l'utérus. — 7. Polype utérin. — 8. Syphilis du foie. — 9. Arthrite sèche. — 10. Ulcère de l'estomac. — 11. Etranglement interne. — 12. Aphasie. — 13. Cancer du foie et de la plèvre. — 14. Cancer vasculaire des os.

Note sur un œil d'albinos, par M. BROCA, chirurgien de la Salpêtrière.

Note sur le même sujet. — Observation d'une femme albinos par M. GUÉNIOT, chef de clinique de la Faculté.

OBSERVATIONS. — Aphasie. Lésion de la circonvolution frontale postérieure. Persistance du trou de Botal. — Observation par M. LUYR, médecin des hôpitaux.

Corps étranger obstruant complètement le calibre de la bronche gauche. Pneumonie terminée par gangrène Pleurésie purulente. Mort. Autopsie. — Observation par M. ROBERTET, interne des hôpitaux.

Scarlatine suivie de purpura. Mort. Autopsie : ecchymoses de l'estomac; ulcérations gangréneuses de l'intestin grêle; abcès métastatiques des poumons et du rein; dégénération graisseuse du foie et du cœur; cystite ecchymotique et ulcéreuse. — Observation et réflexions par M. CORNIL, interne des hôpitaux.

Inclusion scrotale viscérale. Encéphaloïde de l'épididyme.

Infection générale. Mort six semaines après la castration.
Autopsie. — Observation par M. SPIESS, interne des hôpitaux.

Rapport de M. Ed. CRUVEILHIER sur cette présentation.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Duquet* présente diverses pièces provenant d'une femme de quarante-six ans, qui a succombé à la cachexie connue sous le nom de *maladie d'Addison*.

1° Un avant-bras sur lequel on voit la peau comme rétractée, tendue, atrophiée, et d'une couleur brunâtre foncée, comme enfumée.

2° Les capsules surrénales, qui sont parsemées de granulations jaunâtres probablement tuberculeuses.

3° Le péritoine, qui, dans sa portion diaphragmatique, est parsemé d'une foule de granulations tuberculeuses.

4° La moelle, qui est saine.

5° Les nerfs grands-sympathiques, qui paraissent sains à l'œil nu.

6° Les ganglions bronchiques volumineux, noirâtres; les autres organes, foie, intestins, cerveau, étaient sains.

Les poumons ne contenaient que deux à trois tubercules crétacés.

2. M. *Guéniot* met sous les yeux de la Société un enfant mort trente-six heures après sa naissance, et qui offre aux pieds et aux mains une éruption très confluyente de *pemphigus*.

En outre, dans l'intérieur du foie se trouve une tumeur dure au palper, et qui présente tous les caractères d'une gomme du foie bien caractérisée. C'est un noyau fibreux, blanchâtre, entouré d'une zone grise, parsemée de points jaunâtres.

Les poumons ne présentent aucune altération spéciale; mais ils n'ont pas leur élasticité normale; on voit que l'air n'a pas pénétré dans tous les lobules.

La mère ne présente aucune manifestation syphilitique, ni antérieure, ni actuelle.

On n'a pas de renseignements sur la santé du père.

M. Laborde croit qu'en présence du pemphigus coïncidant avec la lésion hépatique, on peut conclure à l'existence de la syphilis.

M. Luys pense que cette opinion ne doit être admise qu'avec réserve, car, d'un côté, le pemphigus néo-natorum ne peut caractériser à lui seul la syphilis, et rien ne prouve, de l'autre, que l'altération du foie soit de nature syphilitique. La réunion seule de ces deux affections est une probabilité, mais ce n'est pas une preuve.

S. M. Martineau communique un fait de *ramollissement cérébral*, et remet la note suivante :

Roland (Elisa), cinquante ans, journalière, entre le 9 décembre 1863, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Natalis Guillot, avec tous les signes d'une affection cérébrale.

Cette femme raconte que samedi soir, 5 décembre, elle a été prise tout-à-coup sans cause à elle connue de perte de connaissance, et est tombée d'une chaise sur laquelle elle travaillait; elle n'a pas, qu'elle sache, vomi ni rendu des matières fécales ni d'urine; le lendemain elle a retrouvé sa connaissance, et aujourd'hui elle peut nous communiquer les renseignements suivants :

Réglée à douze ou treize ans, sa menstruation a toujours été assez régulière jusqu'à l'an dernier, où elle a eu quelques mois d'interruption. Il y a quatre mois qu'elle n'a vu ses règles. Elle n'a eu qu'une grossesse; c'était à vingt et un ans; sa fille se porte bien.

Il y a quinze ans, c'est-à-dire, à trente-cinq ans, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire, qui a duré deux mois; elle attribue cette maladie à un séjour de quinze mois qu'elle a fait dans une habitation humide. Elle a alors beaucoup souffert dans la région du cœur, et depuis elle est sujette aussi

bien pendant la nuit que pendant le jour à des accès de palpitation. Elle a aussi, mais rarement pourtant, des étourdissements.

Ses parents n'ont jamais eu de rhumatisme; son père est mort de la poitrine, à trente-deux ans, sa mère est morte à trente-six ans. Elle a trois frères qui se portent bien.

Le 10 décembre. — Décubitus dorsal, face non amaigrie, ni décolorée. Le moindre mouvement de la figure amène une déviation de la commissure labiale à droite; ce côté seul est animé. Les yeux n'ont aucune déviation; ils sont également mobiles, les pupilles sont égales et contractiles.

Paralyse complète du mouvement dans les deux membres gauches; pas de contractures (il n'y a pas eu de convulsion); les membres retombent inertes quand on les soulève. Sensibilité conservée dans les membres; paralysie du mouvement; toutefois si on s'en rapporte au dire de la malade, la sensibilité serait moins vive de ce côté; elle répond aux essais du contact, du chatouillement, de la température, de la compression musculaire. La langue et le voile du palais sont portés à gauche, gêne extrême de la parole, dysphagie. La sensibilité de la face semble aussi diminuée à gauche. L'ouïe entend moins une montre du côté gauche que du côté droit. Le goût et l'odorat, sollicités par le sel, l'eau de Cologne, répondent moins à gauche qu'à droite. Puls 70, intermittent d'une façon très variable tantôt après 12, tantôt après 5 ou 6 pulsations tantôt, même au bout d'une minute seulement.

Au cœur. — Pas de voussure précordiale, la pointe bat en dehors du mamelon dans le sixième espace intercostal; on y retrouve les intermittences que nous venons de signaler; le premier bruit est soufflant dans toute la région du cœur, mais il va en augmentant d'intensité vers la base au niveau du deuxième espace intercostal gauche, près du sternum. Ce bruit se prolonge dans les vaisseaux du cou. Pas de pouls veineux.

Respiration à 28 régulière, bâillements fréquents, pas de toux ni d'expectoration, température normale de la peau, langue humide, pas de vomissements, un peu de constipation, miction et défécation volontaires, sommeil bon.

Le 14 février. — Elle gâte dans son lit, elle pleure facilement, pas de fièvre.

Le 9 mars. — Vomissements bilieux.

Le 16 mai. — Elle meurt sans présenter aucun phénomène extraordinaire; malgré son appétit, qui était assez conservé, elle est tombée dans un amaigrissement très prononcé. Son bras gauche s'était peu à peu rétracté, et elle ne se prêtait qu'à regret à l'exploration, car l'extension lui était très douloureuse.

Le 18, *autopsie*. — On trouve un ramollissement blanc très étendu de la partie droite du centre ovale sans aucune trace d'hémorrhagie antérieure. Les méninges sont imbibées d'une sérosité onctueuse plus abondante qu'à l'état normal. Les circonvolutions grises des lobules de l'insula offrent un peu de coloration jaune, çà et là sur les artères de la base aussi bien à droite qu'à gauche, on voit des points de dégénérescence athéromateuse.

Le cœur, d'un volume normal, contient quelques caillots; les oreillettes surtout en sont gonflées; ils remplissent les auricules; ces appendices renferment des caillots décolorés à la périphérie et noirs au centre. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci au point de permettre seulement d'introduire la pulpe du petit doigt. Il porte à son extrémité postérieure et externe une petite végétation du volume d'une petite fraise qui fait saillie dans l'oreillette et contribue à rétrécir ainsi cet orifice. L'orifice aortique est aussi très rétréci; les valvules sigmoïdes athéromateuses et indurées adhèrent entre elles par leur face latérale, et en partie par leurs bords libres qui sont hérissés d'une fine bandelette de végétations. La tunique interne de l'aorte est chargée de plaques athéromateuses assez épaisses et donne à l'artère une rigidité anormale; les poumons sont médiocrement congestionnés; une ramification de l'artère contient un caillot de deux centimètres de long, décoloré à la périphérie, et noir au centre; mais il n'y a pas d'altération du tissu pulmonaire sous-jacent.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable à signaler; la muqueuse rectale est seulement un peu rouge et boursoufflée.

4. **M. Malherbe** montre une *fracture comminutive de l'astragale* causée par une chute d'un lieu élevé et qui a nécessité l'amputation de la jambe.

Plusieurs tentatives inutiles avaient été faites pour réduire la fracture et des escharres gangréneuses s'étaient développées consécutivement.

M. Houel. Les fractures de l'astragale sont très rares; aussi ce fait est très intéressant; mais je me permettrai d'élever quelques doutes sur l'opportunité de l'opération, me fondant sur les faits maintenant assez nombreux d'ablation de l'astragale suivis de guérison. Cette opération aurait peut-être permis au malade de conserver son membre.

Le présentateur répond que l'amputation a été faite pour arrêter les progrès de la gangrène et en vue surtout de tarir la suppuration extrêmement abondante qui épuisait le malade.

5. **M. Cornil** montre un *anévrisme de la crosse de l'aorte* (partie descendante) qui a occasionné la mort d'un homme de trente-six ans, par hémoptysie foudroyante.

A l'autopsie on a trouvé : outre les lésions de l'emphysème, le poumon gauche très volumineux, gorgé de sang.

Le cœur normal très sain.

L'aorte dilatée et offrant à la partie descendante de sa crosse au niveau de la branche gauche un anévrisme en forme de cupule du volume d'un œuf de poule, ne contenant aucun caillot. Cet anévrisme communiquait directement avec la branche gauche par une perforation comme taillée à l'emporte-pièce.

6. **M. Chaillou** présente deux pièces recueillies à l'amphithéâtre des hôpitaux.

A. *Un corps fibreux de l'utérus*.

Il a été recueilli sur une femme adulte. L'utérus volumi-

neux et régulièrement développé à faire croire à une grossesse; il renfermait deux autres tumeurs qui n'ont pas été observées.

Ce corps fibreux mesure 26 centimètres de circonférence; il a à peu près 8 centimètres sur tous ses diamètres.

Sa surface est inégale, et présente quelques restes du tissu cellulaire qui l'unissait à l'utérus.

Il présente à sa périphérie une couche crétacée de plusieurs millimètres d'épaisseur, qui envoie des prolongements calcaires dans les parties les plus superficielles de la tumeur.

Sur la coupe, on voit le tissu qui la forme disposé en faisceaux rayonnés dans quelques points, concentriques dans d'autres; on distingue plusieurs espaces allongés tapissés d'une petite membrane, et qui ont l'aspect des veines coupées obliquement; sa coloration est différente de ce qu'elle est ordinairement; elle est gris brun.

Cette pièce montre que vers l'âge moyen de la vie une tumeur fibreuse peut s'atrophier en s'encroûtant de sels calcaires, et ne pas amener d'autres troubles que ceux déterminés par le volume qu'a acquis la tumeur au moment où elle commence à s'atrophier.

3. B. Un *polype vasculaire de l'utérus*.

Cette pièce a été recueillie sur une vieille femme. Elle a eu des enfants; car le col présente des cicatrices.

L'utérus est un peu développé.

Sa cavité légèrement dilatée renferme une tumeur molle largement pédiculée qui la remplit tout entière.

Cette tumeur est très vasculaire; aussi présente-t-elle une couleur rouge très prononcée. Sa surface est lisse comme le reste de la muqueuse utérine dans l'épaisseur de laquelle elle est manifestement développée, car elle ne pénètre pas dans l'épaisseur de la couche musculieuse; son large pédicule occupe la partie antérieure de l'organe et sa surface se continue évidemment avec le reste de la muqueuse utérine.

Une petite tumeur semblable existe en arrière de l'orifice interne du col.

On pourrait peut-être rapprocher ces tumeurs des fongosités utérines ; il est possible d'admettre qu'elles auraient pu devenir la cause de métrorrhagie si elles s'étaient développées à un âge moins avancé.

S. M. Perret présente le foie d'un enfant de 10 jours qui offre les particularités suivantes.

Le tissu hépatique est très mou, friable, dilacéré, et dans l'intérieur de l'organe existent plusieurs tumeurs dures, jaunâtres qui au microscope paraissent formées de tissu conjonctif.

M. Perret pense que ces lésions sont d'origine syphilitique.

L'enfant ne présentait aucune autre lésion syphilitique. La mère était saine au moment de l'accouchement ; on n'a aucun renseignement sur le père.

M. Guéniot croit qu'en présence de cette lésion isolée on n'est pas fondé à admettre une altération syphilitique du foie.

M. Fritz et Martineau partagent l'opinion de M. Guéniot, et émettent des doutes sur la nature spécifique de cette pièce.

M. Cornil. La syphilis du foie chez les nouveau-nés se présente sous plusieurs formes différentes : tantôt ce sont de véritables gommes, tantôt de petits grains jaunes qu'on a comparés à des grains de semoule : enfin d'autres fois c'est une hépatite interstitielle due à un développement anormal du tissu conjonctif. Or, la dernière forme, la moins caractéristique, peut seule ici être admise ; aussi ce foie me paraît très douteux comme syphilitique.

S. M. Fritz montre une *arthrite chronique*, de l'articulation du coude trouvée à l'autopsie d'un homme mort de gangrène pulmonaire.

On y trouve les caractères de l'arthrite sèche, plus une fracture

de l'épicondyle, qui ne tient plus au cubitus que par un tissu fibreux.

Le nerf cubital était entouré par du tissu fibreux très épais; aussi les tubes nerveux étaient atrophiés et les muscles qu'il innervait étaient atrophiés et avaient subi la dégénération graisseuse et la substitution fibreuse.

M. Després. Il est bien difficile de dire si cette pièce est un exemple d'arthrite sèche ou de fracture ancienne, vu l'absence de renseignements, car les fractures siégeant à l'extrémité des os peuvent produire une arthrite sèche, et d'un autre côté les arthrites sèches peuvent produire une usure des os et par suite une fracture. On peut aussi se demander dans ce cas s'il n'y a pas eu d'abord destruction de l'épicondyle et formation consécutive d'un ostéophyte, comme cela se voit dans les coxalgies des vieillards.

M. Giralès croit que les lésions observées dans ce cas doivent être rattachées à l'arthrite sèche.

10. *M. Décori* fait voir deux estomacs atteints d'*ulcères simple*.

Le premier présente à sa petite courbure une ulcération en forme d'entonnoir à bords taillés en escalier et qui a perforé la tunique séreuse d'où une péritonite sur aiguë qui a emporté en quelques heures la malade.

Sur le second se voit un ulcère très étendu, mais en voie de cicatrisation s'accompagnant d'une énorme dilatation de l'estomac.

11. *M. J. Besnier* présente un *étranglement intestinal* dû à un anneau formé par le grand épiploon et remet l'observation suivante :

Carré, âgé de soixante-trois ans, garçon d'atelier, entre le 4 juin 1864, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Lorain. Il se plaint de hoquets, de vomissements et

d'une grande douleur dans le ventre. Il a porté pendant très longtemps un bandage herniaire double, pour deux hernies inguinales; depuis quatre ans, ne voyant plus reparaitre ses hernies, il n'a plus porté de bandage, et n'en a jamais ressenti le moindre malaise. Habituellement il jouissait d'une bonne santé; mais il y a trois jours, après avoir pris dans la soirée du lait froid, il a ressenti dans la nuit à la région épigastrique une douleur violente, continue, avec exacerbations notables. Il semblait, dit le malade, que quelque chose voulait sortir et ne le pouvait pas. La pression au niveau de la région douloureuse le soulageait un peu. Le lendemain cette douleur persiste, et s'étend à la plus grande partie du ventre; il essaie, mais inutilement d'aller à la selle, et il vomit tout ce qu'il veut prendre. Le jour suivant les mêmes accidents persistent; il s'y joint des hoquets, qui se répètent très fréquemment; nouveaux efforts pour aller à la selle, toujours infructueux. Le troisième jour, 4 juin, le malade voyant se continuer et s'aggraver les accidents qu'il éprouve, se décide à entrer à l'hôpital. Le soir de son arrivée, il présente l'état suivant :

Faciès pâle, légèrement anxieux, peu de chaleur à la peau, sueurs froides abondantes.

Pouls un peu accéléré, assez fort :

Hoquets fréquents, tous les quarts d'heure, vomissements de matières liquides blanchâtres, qui se répètent chaque fois que le malade prend quelque chose, ventre légèrement tuméfié dans toute son étendue, mais sans saillie d'anses intestinales; il est douloureux à la palpation; sonore surtout dans toute la région gauche, un peu moins à droite, où il est plus sensible. Pas de sensation de tumeur profonde en aucun point de l'abdomen; pas de tumeur non plus aux orifices inguinaux ou cruraux.

Le malade ne peut rien prendre, sans le vomir presque immédiatement après. Essais fréquents d'aller à la selle, mais inutiles, depuis le début des accidents. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques.

(lavage purgatif, glace à l'intérieur).

Le 5 juin. — Aggravation notable de l'état du malade, fa-

ciès grippé, refroidissement général, assez marqué, pouls petit, fréquent.

Mêmes hoquets, et mêmes vomissements de matières liquides blanchâtres; à la suite du lavement, 2 selles liquides verdâtres peu abondantes. Le ventre est un peu moins sonore; il paraît aussi un peu moins douloureux, ce qui est probablement dû à l'abatement du malade.

(Lavement, grand bain, glace à l'intérieur).

Le 6 juin. — Le malade est à l'agonie : refroidissement très marqué. Pouls très petit, très fréquent, à peine sensible. Hoquets presque continuels, vomissements abondants de matières liquides verdâtres, franchement fécaloïdes, deux ou trois selles liquides verdâtres, à la suite du lavement, dans la nuit; même état du ventre.

Il meurt quelques heures après la visite, le cinquième jour qui a suivi le début des accidents.

Autopsie. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une petite quantité de liquide séro-sanguinolent; pas de pus, ni de matières intestinales. La paroi antérieure de l'abdomen renversée de haut en bas, on constate que les fossettes inguinales sont très larges, mais aucun organe n'y est engagé. Des anses intestinales, appartenant à l'intestin grêle volumineuses, gonflées par des gaz, et d'une rougeur assez vive, remplissent la cavité; au devant fait défaut le grand épiploon. En soulevant du côté gauche, les plus saillantes, on trouve, plongée dans le petit bassin, au devant du rectum et de l'S iliaque aplatis, une masse d'anses rouges violacées, presque noires, contenant une certaine quantité de matières liquides. Ce paquet intestinal, un peu étalé à la partie convexe et libre de l'intestin, est retenu en une sorte de faisceau du côté de son bord adhérent, par un lien complètement circulaire, qui l'étrangle assez légèrement, et qu'on reconnaît appartenir à l'extrémité du grand épiploon. En renversant, en effet, du côté gauche les anses intestinales, siégeant au-dessus de l'étranglement, on retrouve le grand épiploon, qui était recouvert par ces anses distendues et passées au devant de lui. On peut le suivre de la grande courbure de l'estomac jusqu'au niveau de l'étranglement; son extrémité inférieure, assez irré-

gulaire, est complètement libre de toute adhérence soit avec les anses de l'intestin, soit avec les replis mésentériques. L'anneau constricteur, dans lequel s'est engagé l'intestin, siège tout à fait à la partie terminale de l'un des prolongements inférieurs du grand épiploon ; en bas il est très faible et presque filiforme. La constriction qu'il exerce est peu modérée, les anses intestinales pouvant assez facilement passer dans son intérieur, par une légère traction.

La portion étranglée de l'intestin appartient au tiers inférieur de l'iléon ; elle s'arrête d'un côté près de la valvule iléo-cœcale, et de l'autre comprend près de 6 décimètres de longueur de cet intestin. La portion correspondante du mésentère a franchi également l'anneau constricteur, et est comprise dans l'étranglement. Toutes ces parties offrent une coloration rouge violacée, très foncée, avec quelques taches noires, pas de coloration de feuilles mortes en aucun point, ni de perforation.

Rien d'anormal du côté des autres organes de l'abdomen, ni dans la cavité thoracique.

M. *Fritz* regrette qu'on n'ait pas tenté dans ce cas la gastrotomie pour donner issue aux matières fécales. Peut-être aurait-on prolongé la vie du malade de quelques jours, et pendant ce temps l'étranglement aurait pu se réduire naturellement par la rupture de la bride circulaire, qui est presque détruite en un point.

M. *E. Besnier*. Je partage complètement l'opinion de M. *Fritz*, et regrette qu'on n'ait rien tenté dans ce cas. Mais ce qui explique très bien l'abstention, c'est la marche rapide, comme foudroyante, qu'a suivie la maladie dans ce cas.

Au point de vue des symptômes, les étranglements se divisent en 2 groupes, ceux à marche rapide, et ceux à marche lente. C'est un exemple d'étranglement interne à marche rapide qui est sous les yeux de la société, et dans les cas de ce genre l'opération ne peut être que rarement pratiquée.

12. M. Peter présente un ramollissement du cerveau qui avait amené une *hémiplegie droite avec aphasie*.

Le malade, qui était âgé de 66 ans, avait déjà eu au mois de janvier une aphasie transitoire, lorsque au mois de mai dernier, il éprouva de nouveau de l'embarras de la parole, puis deux jours après il tombe comme frappé d'apoplexie, et on le releva paralysé de tout le côté droit. La parole était perdue. Quoique l'intelligence fût conservée, le malade qui exprimait sa pensée par le geste et le regard, ne pouvait plus dire que oui.

A l'autopsie on a trouvé les lésions suivantes :

Dans le cerveau. Ramollissement assez étendu du lobe pariétal de l'hémisphère gauche.

Apoplexie capillaire siégeant dans la 3^me circonvolution du lobe frontal gauche.

Deux lésions correspondant parfaitement aux deux troubles fonctionnels.

Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de M. Broca.

M. Laborde. En réfléchissant à la marche qu'ont suivie les symptômes, on sait que chez ce malade l'aphasie n'est survenue que par suite de l'extension du ramollissement. Il y a ici deux endroits distincts du cerveau altérés, et l'aphasie n'est devenue permanente que quand l'hémiplegie est survenue; en face de ces lésions multiples, il me paraît impossible d'affirmer quelle est celle qui a causé la perte du langage; mais ce que je tiens à faire observer, c'est que c'est la partie grise des circonvolutions qui est atteinte, et que c'est là, à mon avis que je trouve la véritable localisation.

13. M. Potain présente des portions de poumon et de foie provenant d'un homme âgé de 72 ans, qui a succombé à un *cancer du foie et de la rate*.

Le cancer du foie était primitif, et existait sous forme de noyaux cancéreux peu volumineux, mais très nombreux.

Les poumons ne présentaient que de la pneumonie chro-

bien pendant la nuit que pendant le jour à des accès de palpitation. Elle a aussi, mais rarement pourtant, des étourdissements.

Ses parents n'ont jamais eu de rhumatisme; son père est mort de la poitrine, à trente-deux ans, sa mère est morte à trente-six ans. Elle a trois frères qui se portent bien.

Le 10 décembre. — Décubitus dorsal, face non amaigrie, ni décolorée. Le moindre mouvement de la figure amène une déviation de la commissure labiale à droite; ce côté seul est animé. Les yeux n'ont aucune déviation; ils sont également mobiles, les pupilles sont égales et contractiles.

Paralyse complète du mouvement dans les deux membres gauches; pas de contractures (il n'y a pas eu de convulsion); les membres retombent inertes quand on les soulève. Sensibilité conservée dans les membres; paralysie du mouvement; toutefois si on s'en rapporte au dire de la malade, la sensibilité serait moins vive de ce côté; elle répond aux essais de contact, du chatouillement, de la température, de la compression musculaire. La langue et le voile du palais sont portés à gauche, gêne extrême de la parole, dysphagie. La sensibilité de la face semble aussi diminuée à gauche. L'ouïe entend moins une montre du côté gauche que du côté droit. Le goût et l'odorat, sollicités par le sel, l'eau de Cologne, répondent moins à gauche qu'à droite. Pouls 76, intermittent d'une façon très variable tantôt après 12, tantôt après 5 ou 6 pulsations tantôt, même au bout d'une minute seulement.

Au cœur. — Pas de voussure précordiale, la pointe bat en dehors du mamelon dans le sixième espace intercostal; on y retrouve les intermittences que nous venons de signaler; le premier bruit est soufflant dans toute la région du cœur, mais il va en augmentant d'intensité vers la base au niveau du deuxième espace intercostal gauche, près du sternum. Ce bruit se prolonge dans les vaisseaux du cou. Pas de pouls veineux.

Respiration à 28 régulière, bâillements fréquents, pas de toux ni d'expectoration, température normale de la peau, langue humide, pas de vomissements, un peu de constipation, miction et défécation volontaires, sommeil bon.

On voit sur cette pièce, le calcanéum détruit, et remplacé par une matière molle, rouge, très vasculaire; c'est un très bel exemple de cancer vasculaire.

Note sur un œil d'albinos, par M. BROCA.

Je présente à la Société le dessin d'un œil d'albinos que j'ai colorié d'après nature, en reproduisant avec le plus grand soin les détails de la couleur de l'iris. C'est l'œil d'une femme de trente-sept ans, qui m'a été adressée par M. Morpain.

Le fond de l'œil, vu à travers la pupille, est rouge de sang; l'iris, vu dans son ensemble à un mètre de distance, paraît d'un rouge uniforme, moins vif que celui du fond de l'œil; mais lorsqu'on regarde de plus près, on reconnaît aussitôt que cette teinte de l'iris vient du mélange et de la répartition de deux couleurs très différentes, le rouge et le blanc.

Les parties rouges contenaient des flots étroits et longs, de formes et de dimensions assez variables; les uns sont linéaires, d'autres ont la forme de petits losanges très allongés, ou de petits triangles à peu près isocèles, dont la plus grande largeur n'atteint pas un millimètre. Tous ces flots rouges, séparés les uns des autres par des fibres ou trabécules de couleur blanche, affectent une disposition radiée, c'est-à-dire que leur grand axe aboutirait, si on le prolongeait, au centre même de la pupille. Aucun d'eux ne s'étend jusqu'au petit cercle de l'iris; quelques-uns se prolongent jusqu'au grand cercle. Lorsqu'on examine l'iris dans son ensemble, on trouve que le petit cercle de l'iris est plus blanc que le reste de cette membrane; le grand cercle est beaucoup moins blanc; enfin, le rouge prédomine manifestement dans la zone intermédiaire aux deux cercles.

Les flots rouges ne présentent pas tous exactement la même nuance; ceux qui sont très étroits ne sont que roses; les plus larges sont d'un rouge presque aussi vif que celui de la pupille. De même, les trabécules blanches sont d'autant plus blanches, qu'elles sont plus larges; celles qui sont très étroites

présentent une teinte rosée, et tranchent beaucoup moins sur la couleur des flots voisins.

Lorsqu'on examine l'œil avec attention, on peut se convaincre que la couleur rouge des flots n'est autre que la couleur même du fond de l'œil vue par transparence, et que les parties blanches sont celles où les fibres de l'iris forment des faisceaux assez épais pour arrêter la lumière. La disposition radiale des fibres de l'iris, bien connue des anatomistes, est évidente sur l'œil de l'albino. Il y a, au niveau du bord pupillaire un petit anneau de fibres circulaires; de cet anneau, qu'on appelle aussi le sphincter de l'iris, partent des faisceaux de fibres divergentes, obliquement anastomosées de manière à intercepter des mailles ou aréoles allongées, et allant aboutir au bord externe de l'iris. Ces fibres, circulaires ou divergentes, sont incolores; elles sont opaques, ou plutôt elles sont peu transparentes. Là où elles sont serrées, elles masquent la couleur des couches plus profondes; là où elles sont plus minces ou plus espacées, elles laissent apercevoir cette couleur plus ou moins modifiée par des effets de transparence. A l'état normal, la face postérieure de l'iris est tapissée d'une couche de pigment extrêmement opaque et tout à fait noire. Il y a, en outre, sur les yeux plus ou moins bruns, une certaine quantité de pigment contenue dans l'épaisseur même de l'iris, et la couleur spéciale de l'iris dépend, d'une part, de l'épaisseur ou de la minceur, de l'opacité ou de la transparence, de la densité ou de la laxité des fibres propres de l'iris; d'une autre part, de la quantité et de la répartition du pigment déposé dans l'épaisseur même de cette membrane. Quant à la couche pigmentaire postérieure ou uvéenne, elle est toujours uniformément noire, sur les yeux les plus clairs, aussi bien que sur les plus foncés.

Chez l'albino, le pigment fait entièrement défaut. Les cellules pigmentaires existent, mais sont parfaitement transparentes; la couleur rouge des innombrables vaisseaux des membranes profondes de l'œil, n'étant plus écrasée par la couleur noire du pigment de la choroïde, se montre dans toute sa pureté, et le fond de l'œil, vu à travers la pupille, paraît d'un rouge de sang. L'absence du pigment de l'iris a une autre

conséquence : cette membrane, privée de l'enduit opaque qui est destiné à arrêter les rayons lumineux, n'oppose plus au passage de la lumière qu'un obstacle insuffisant, et laisse apercevoir par transparence la couleur rouge de feu de l'œil. Mais cette transparence n'est pas uniforme ; elle se manifeste surtout au niveau des espaces interceptés par les faisceaux fibrillaires qui, étant plus opaques, se dessinent avec leur couleur naturelle sous formes de lignes ou de stries blanches. Ainsi s'expliquent tous les détails de la description qu'on vient de lire.

Il est probable que les iris des albinos présentent, suivant les individus et suivant les vues, des différences notables. On a cité des cas d'albinisme incomplet, et il est permis de croire que dans ces cas il y a quelquefois sur l'iris une petite quantité de pigment ; mais ce qui me paraît certain, c'est que l'épaisseur et la densité des fibres propres de l'iris, doivent varier chez les albinos comme chez les autres individus. Il doit en résulter des différences dans la répartition des faisceaux blancs et des espaces rouges, dans la transparence ou l'opacité de ces parties respectives. Il doit y avoir des albinos dont l'iris, vu dans son ensemble, paraît presque aussi rouge que la pupille elle-même ; il doit y en avoir d'autres dont l'iris, au contraire, offre seulement une couleur rose. Il est donc intéressant d'appeler l'attention des voyageurs sur ce point.

Les espaces transparents, c'est-à-dire rouges, que j'ai désignés sous le nom d'îlots, constituent autant de petites papilles, à travers lesquelles les rayons lumineux pénétrant dans l'œil vont former sur la rétine autant d'images anormales qui altèrent la netteté de l'image principale formée par les rayons pupillaires. Cette cause doit grandement contribuer à rendre la vision défectueuse chez les albinos. Il y a, sous ce rapport, de grandes différences entre les divers albinos : quelques-uns ont la vue presque normale ; d'autres n'y voient presque pas en plein jour, tandis qu'au contraire, ils y voient bien au demi-jour. Ces particularités s'expliquent aisément : lorsque les îlots rouges, c'est-à-dire les espaces transparents, sont très étroits, ces petites papilles supplémentaires laissent à peine passer

quelques rayons lumineux qui ne troublent pas sensiblement la vision; lorsqu'au contraire ils sont plus larges, ils produisent la confusion des images. Il est clair que, dans ce dernier cas la confusion est proportionnelle à la largeur et aussi au nombre des papilles supplémentaires. Supposez que les espaces transparents viennent à se rétrécir, ou à s'effacer, et la vision cessera d'être altérée. C'est ce qui a lieu lorsque la lumière extérieure est peu intense: alors, en effet, la pupille normale s'élargit, c'est-à-dire que la largeur de l'iris diminue. Les faisceaux opaques, qui répartis, par exemple, sur une largeur de quatre millimètres, laissaient entre eux des espaces transparents, se rapprocheront jusqu'au contact, lorsque l'iris sera réduit à une largeur de deux millimètres; il ne restera plus qu'une seule pupille, la pupille normale, et la marche des rayons lumineux s'effectuera d'une manière régulière.

OBSERVATION D'UNE FEMME ALBINOS, par M. GUÉNIOT.

J'ai présentement en observation une femme de vingt-trois ans, récemment accouchée à l'hôpital des Cliniques, et qui offre un type parfait d'albinos. Elle est, en effet, d'une constitution délicate, lymphatique, à peau blanche et très fine; ses cheveux sont abondants, très longs et d'un blanc argenté remarquable. L'examen de toute la surface du corps ne m'a fait constater nulle part la moindre trace de pigment, fait d'autant plus intéressant que cette femme accouchait pour la quatrième fois. Le mamelon et son auréole, qui est très large, offrent, des deux côtés, une coloration rose tendre aussi peu accentuée que chez une fille vierge. On ne constate ni auréole secondaire, ni masque, ni ligne sous-ombilicale. Les poils sont partout incolores ou plutôt d'un blanc plus ou moins brillant.

Quant aux yeux que j'ai particulièrement examinés plusieurs jours avant l'accouchement, ils présentent les caractères suivants:

Les cils sont longs, épais et blancs. Les globes oculaires, affectés de nystagmus, sont dans un perpétuel mouvement d'oscillation et dans certaines conditions d'éclairage ils sem-

blent renfermer eux-mêmes un foyer lumineux. La sclérotique étant translucide, l'œil offre la coloration rouge limpide d'une lanterne vénitienne. L'iris est rouge au premier aspect; mais avec plus d'attention, on reconnaît qu'il est principalement constitué : 1° par des faisceaux rayonnés de fibres blanches et nacrées, qui forme comme la trame de l'organe; 2° par des lignes également rayonnées, mais moins nombreuses, rouges et de longueur inégale, disposées en une sorte de réseau qui occupe les interstices des faisceaux fibreux. C'est à ces lignes que l'iris doit sa teinte rouge générale; il n'offre d'ailleurs aucune trace de dépôt pigmentaire. La pupille est régulière et normalement contractile. Le fond de l'œil, d'un rouge prononcé plus vif, quoique de même ton que celui de l'iris, paraît entièrement dépourvu de pigment. Les vaisseaux de la choroïde s'y distinguent à merveille au moyen de l'ophthalmoscope. Cette exploration que j'ai faite avec M. Giraud-Teulon et notre collègue, M. Chédevergne, nous a permis de voir les *vasa vorticosa* se dessinant en lignes rouges et tourbillonnées, avec toute la netteté des meilleures figures qui aient été données de ces vaisseaux. La vue est courte, confuse et exige le rapprochement des objets pour acquérir de la netteté. Les yeux sont d'une sensibilité exagérée à la lumière et fonctionnent plus librement dans le demi-jour. La vue toutefois paraît s'affermir avec l'âge, bien que son défaut de précision semble indépendant de la myopie.

J'ajouterai, pour compléter l'observation, que cette femme est née à Paris, de parents français, non albinos, (quoique la mère eût une portion de sa chevelure originellement blanche); que sur cinq frères ou sœurs, un seul est chatain foncé, tous les autres étant nés albinos; qu'enfin elle a eu jusqu'ici, de deux maris, quatre garçons dont le deuxième seul était albinos.

Comme on peut le voir par cet exposé, la disposition curieuse que M. Broca vient de nous signaler dans l'agencement des faisceaux rayonnés de l'iris, ne m'a point frappé dans l'examen de la femme que j'ai observée. Je ne puis donc ni appuyer, ni combattre son opinion. Les lignes rouges interposées aux faisceaux nacrés m'ont paru constituées par des vaisseaux

sanguins que l'absence de pigment rendait plus accessibles à la vue. Mais s'il est vrai que ce sont, au contraire, des espèces de lacunes, des lignes transparentes pouvant livrer passage aux rayons lumineux, et formant autour de la pupille principale une pleiade nombreuse de petites pupilles secondaires, le fait est assez nouveau et assez intéressant pour mériter, par des exemples confirmatifs, une démonstration ultérieure. Dans cette vue, je m'empresserai d'examiner de nouveau la femme dont j'ai relaté brièvement l'histoire (1).

APHASIE. — LÉSION DE LA CIRCONVOLUTION FRONTALE POSTÉRIEURE. — PERSISTANCE DU TROU DE BOTAL, par J. LUYS,
Médecine des hôpitaux.

Une femme, âgée de 43 ans, était entrée à l'hôpital Necker par suite d'une gêne croissante des fonctions respiratoires : les symptômes d'une affection cardiaque étaient les seuls qui à ce moment absorbassent l'attention. Lorsque nous la vîmes, c'est-à-dire, environ huit jours avant l'apparition des symptômes aphasiques, cette malade paraissait jouir de toutes ses facultés intellectuelles; elle ne se levait qu'avec difficulté à cause de l'infiltration des membres inférieurs : mais en somme elle répondait avec précision aux interrogations journalières. Les signes stéthoscopiques relatifs aux troubles des fonctions cardiaques étaient ceux-ci : bruits du cœur faibles, irréguliers, tumultueux : pas de bruit de souffle bien appréciable, si ce n'est un prolongement du premier bruit accusé surtout à la pointe du cœur : la face et les extrémités étaient tellement bleuâtres qu'en l'absence des lésions asphyxiantes, du côté des poumons, nous crûmes à une lésion du cœur droit : on percevait, en effet, à peine quelques râles sibilants dans les voies

(1) Le résultat de ce nouvel examen concorde avec les faits énoncés par M. Broca. Sans avoir pu constater d'une manière absolument évidente la disposition anatomique dont il s'agit, je pense que les lignes rouges de l'iris ne sont pas produites par des vaisseaux, mais plutôt par des parties transparentes à travers lesquelles se reflète le fond rouge de l'œil.

aériennes, et c'était plutôt l'emphysème qui prédominait en avant.

Cette malade, après environ 8 jours d'observation, fut prise tout à coup, en venant de se coucher vers quatre heures du soir, d'étourdissements avec perte de connaissance, et privation de la parole : le lendemain, à la visite, nous la vîmes dans l'état suivant : elle était assise, sans fièvre, sans abattement ; ses yeux vifs et animés semblaient par leur expression nous indiquer que si elle ne parlait plus, néanmoins elle comprenait encore bien toutes nos questions. Elle était complètement muette, et c'est à peine si quelques sons gutturaux persistaient encore comme d'anciens vestiges d'expression phonétique, lorsqu'on insistait auprès d'elle pour lui faire donner acte de son état intellectuel. Pas de paralysie bien accentuée : elle tirait la langue hors de la bouche en droite ligne : le bras droit, ainsi que la jambe correspondante, était cependant plus faible : les mouvements de la main droite moins réguliers que ceux de la main gauche : néanmoins lorsqu'on lui disait, en lui fermant les yeux, de donner la main gauche ou la main droite alternativement, elle le faisait avec une certaine hésitation ; mais néanmoins elle arrivait peu après au but : la vision de l'œil droit était moins bonne que du côté opposé : en fermant en effet l'œil droit de la malade, les mouvements du bras correspondant étaient quelquefois frappés d'une impuissance complète.

Pendant 8 et 10 jours que cette femme fut observée, ces symptômes persistaient sans interruption : tous les matins nous l'examinâmes et nous constatâmes qu'ils étaient presque toujours identiques : aussi nous pûmes constater que les facultés intellectuelles semblaient persister dans leur état antérieur ; elle répondait avec un signe d'assentiment de la tête ou de négation à toutes les questions qui lui agréaient ou qu'elle voulait refuser ; elle nous reconnaissait affectueusement, et exprimait par une certaine mimique, qui consistait à nous serrer la main, sa satisfaction : elle trouvait encore le moyen de nous révéler comme quoi les facultés intellectuelles et les sentiments affectifs n'étaient pas encore anéantis chez elle.

Dans les deux derniers jours, elle baissa insensiblement, et

tomba dans une demi torpeur continue; l'œdème des extrémités inférieures se prononça de plus en plus, elle succomba dans un état d'asphyxie progressive.

A l'autopsie on constata l'existence d'un foyer d'apoplexie capillaire situé dans l'hémisphère gauche, à la réunion des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur de l'hémisphère correspondant. La lésion qui au point de vue de ses dimensions occupait en surface une étendue représentée par une pièce de 0,50 centimes siégeait dans la portion supérieure de la circonvolution frontale postérieure en avant du sillon de Rolando (1) : elle était exactement limitée à ce point et n'occupait exclusivement que la substance grise corticale; au pourtour il existait deux autres petits foyers analogues du volume d'un pois; toutes les autres régions de l'encéphale ont été examinées avec le plus grand soin, et nulle part, nous ne constatâmes d'autres traces d'altération organique; les artères sylviennes ne contenaient aucune trace de caillots. La lésion était toute récente et constituée uniquement par une hémorragie capillaire sans ramollissement circonvoisin : le sang extravasé s'était coagulé sur place.

Le cœur était considérablement augmenté de volume : l'artère pulmonaire avait sa paroi ferme et élastique, comme celle de l'aorte; le ventricule droit avait aussi ses parois hypertrophiées et ses fibres tendineuses beaucoup plus fermes et abondantes que de coutume. Les parois de l'oreillette étaient pareillement augmentées d'épaisseur d'une façon très accentuée : l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était rugueux, et le bord libre des valvules épaissies, les valvules sigmoïdes étaient dans un état analogue. L'orifice de communication entre les cavités des deux oreillettes pouvait aisément recevoir le doigt indicateur.

Les poumons étaient gorgés de sang noir; ils étaient œdématisés; on rencontrait çà et là des tissus de foyers apoplectiques

(1) Nous renvoyons les personnes qui voudraient se faire une idée exacte de la localisation de la lésion cérébrale de notre malade à la planche qui est figurée dans le mémoire du Dr Auburtin, sur le siège de la faculté du langage articulé (*Gazette Hebdomadaire*, 1863, n° 23, p. 397). Le point F de cette figure indique, exactement l'emplacement occupé par le foyer hémorrhagique en question.

disséminés. Les viscères abdominaux n'ont pas présenté de lésions remarquables.

M. Guéniot. Si j'ai bonne mémoire, M. Broca a localisé l'aphémie dans les premières circonvolutions du lobe frontal gauche, et surtout dans la troisième; ce fait serait donc en dehors de ceux qu'a publiés M. Broca, et contredirait sa théorie :

M. Housl. Les faits de M. Broca sont de deux ordres : dans les uns, la lésion siège en avant du sillon de Rolando; dans les autres elle se trouve en arrière de ce sillon; or, dans ces derniers on n'a jamais observé d'aphémie pendant la vie; aussi M. Broca a donné le sillon de Rolando comme la limite en avant de laquelle doit siéger la lésion qui produit l'aphémie; je prierai donc M. Luys de nous dire positivement si dans ce cas, le siège de la lésion se trouve en avant ou en arrière du sillon de Rolando.

M. Luys. La lésion existe en avant du sillon de Rolando. Mais je puis affirmer qu'elle siège dans les circonvolutions moyennes, et non dans celles de la partie antérieure.

M. Laborde. Le fait de M. Luys laisse quelques doutes relativement au siège précis de la région; mais la localisation de l'aphémie telle que l'avait établie M. Broca, s'est bien étendue : c'était d'abord la deuxième circonvolution frontale, puis c'a été la troisième, puis est venu le fait de M. Charcot où l'altération siégeait dans les circonvolutions postérieures au sillon de Rolando, puis la circonvolution de l'insula a été trouvée altérée, et j'ai vu plusieurs cas d'aphémie où les circonvolutions postérieures même étaient atteintes. Mais ce que je tiens à bien établir, c'est que ce sont toujours les circonvolutions, cette partie du cerveau qui préside aux fonctions intellectuelles, qui sont atteintes; et le fait de M. Luys est surtout intéressant en ce sens que la lésion a été saisie au moment où elle s'est produite.

M. Campana. Je regrette vivement qu'on n'ait pas fait durcir le cerveau avant de rechercher le siège de la lésion; de la sorte on serait arrivé à une certitude absolue; et il suffit d'un

seul fait bien observé pour ruiner la théorie des localisations cérébrales à laquelle je ne saurais me rallier.

CORPS ÉTRANGER OBSTRUANT COMPLÈTEMENT LE CALIBRE DE LA BRONCHE GAUCHE. — PNEUMONIE TERMINÉE PAR GANGRÈNE. — PLEURÉSIE PURULENTE. — MORT. — AUTOPSIE. — Par M. ROBERTET interne des hôpitaux.

Le 2 mai 1864, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Saint-Jean n° 17 (service de M. le Dr Bouvier), le nommé Letourneur, Louis, âgé de huit ans.

Les parents racontent que l'enfant, étant en pleine santé, avala, il y a 6 jours, en jouant, un petit morceau de bois : il fut pris immédiatement d'un violent accès de suffocation, avec coloration violacée de la face : les médecins appelés prescrivirent des vomitifs, et ont probablement pratiqué le cathétérisme de l'œsophage.

L'état asphyxique cède promptement pour faire place à un état dyspnéique permanent pour lequel l'enfant est amené à l'hôpital :

L'enfant confirme de tout point le dire de ses parents, et insiste sur l'existence d'un corps étranger avalé par lui. Il est abattu, pâle, en proie à une anxiété respiratoire, avec toux sèche et fièvre : il se plaint d'un point de côté gauche.

La percussion du thorax donne à droite une sonorité exagérée; à gauche un son obscur dans une grande étendue, surtout au sommet.

La respiration est puérile à droite : tandis qu'à gauche il y a absence du murmure vésiculaire, sans aucun bruit de drapage, ni de grelot.

L'abdomen est météorisé.

L'absence d'accès de suffocation, de bruit caractéristique, la durée des accidents (7 jours) font mettre de côté l'idée d'un corps étranger introduit dans les voies aériennes : tandis que la pâleur de l'enfant, la fièvre vive, la dyspnée continue, la matité et un peu de souffle perçu par instant vers

le sommet du poumon gauche; tout semble indiquer l'existence d'une pleuro-pneumonie de ce côté; cependant un vomitif est administré; mais il n'est suivi d'aucun soulagement.

Les jours suivants la fièvre persiste avec la même intensité, ainsi que tous les symptômes généraux précédemment notés : la matité augmente et devient absolue, en même temps que sous la clavicule, on perçoit un bruit skodique très prononcé, voisin du bruit de pot-fêlé. Le souffle, d'abord limité au sommet du poumon gauche, devient plus manifeste, quoique doux et profond, et s'étend à toute la moitié supérieure du poumon.

Enfin il y a absence complète de murmure respiratoire de ce côté. Un vésicatoire est appliqué le 18, les symptômes généraux deviennent de plus en plus graves : la fièvre offre des exacerbations avec sueurs profuses; la face prend une teinte terreuse. L'abattement est très prononcé, à ce point qu'on pense à l'existence d'un épanchement purulent, dont il est urgent de débarrasser le malade par une opération.

De nouvelles explorations de l'état des organes thoraciques et la cystométrie, indiquent une légère déviation du cœur vers le bord droit du sternum; mais l'absence d'augmentation thoracique, et de dilatation des espaces intercostaux du côté gauche.

Enfin le 24 mai, vu l'état d'affaiblissement progressivement croissant du malade, M. Bouvier se décide à la thoracentèse. La sonorité stomacale paraissant remonter très haut en avant, la ponction est pratiquée dans le quatrième espace sur la verticale de l'aisselle : il ne sort que quelques gouttes de sang.

L'opération ne parut avoir rien ajouté à l'état déjà fort grave du malade : aucun signe d'inflammation locale n'apparaît autour de la piqûre.

L'enfant meurt le 4 juin, sans rien présenter de remarquable dans les derniers jours de sa vie.

Autopsie : à l'ouverture du thorax (1), on trouve des fausses

(1) Les pièces ont été présentées par M. Bouvier à la Société médicale des hôpitaux.

membranes épaisses, maintenant le poumon gauche refoulé en avant; tandis que la gouttière costo-vertébrale est remplie par un épanchement purulent jaunâtre, de un litre environ. La ponction pratiquée pendant la vie n'était pas arrivée jusqu'à lui, mais avait pénétré dans les fausses membranes et le poumon refoulé en avant.

Le poumon gauche est complètement réduit en une sorte de putrilage grisâtre, et verdâtre par places, ne conservant plus trace d'organisation: c'est un état qui participe de la pneumonie suppurée et de la gangrène: si l'on ne trouve pas ici l'odeur fétide, qui caractérise ce dernier état anatomique dans le poumon, je l'attribue à la soustraction absolue de cet organe à l'action de l'air, par l'oblitération complète de la bronche gauche:

Aucune communication n'existait entre la cavité pleurale et le poumon recouvert d'une épaisse fausse membrane.

Le poumon droit était parfaitement sain et contrastait par son intégrité avec la désorganisation totale du poumon gauche.

En incisant le tube aérien, le bronchotome fut arrêté dans la bronche gauche, un peu au-dessous de l'éperon, par un obstacle, qui n'était autre que le corps étranger aspiré par l'enfant; il était constitué par l'embout en bois d'une ombrelle, sous forme d'un petit cône tronqué, engagé par son sommet, immédiatement au-dessus de la bifurcation de la bronche gauche, et regardant par sa base évidée vers la partie supérieure des voies aériennes. Ce corps obturait complètement le calibre de la bronche gauche, qui était rouge, enflammée, légèrement dilatée autour de sa base et vers la racine des bronches, il y avait solution de continuité du conduit aérien, et le corps reposait à nu sur le tissu pulmonaire excavé. Ni là, ni ailleurs, il n'y avait de pus collectionné.

Enfin, il existait une péricardite avec épanchement séro-purulent et fausses-membranes jaunâtres, hérissant la surface du cœur de façon à lui donner l'aspect d'une pomme de pin.

J'insisterai en terminant sur les points saillants de cette observation:

1° L'existence d'un corps étranger dans les voies aériennes ne donnant pendant la vie aucun signe caractéristique qui ait

pu permettre de le reconnaître, par suite de sa fixation immédiate en vertu de sa nature et de sa forme.

2° La similitude des accidents produits avec ceux d'une pleuro-pneumonie suppurée, de cause générale.

3° Le refoulement et les adhérences du poumon à la paroi antéro-latérale du thorax : d'où sa ponction dans la thoracotomie; la matité propre au poumon se confondant avec celle de l'épanchement.

4° La gangrène survenant dans un poumon privé d'air d'une façon absolue, et ne fonctionnant plus pour l'hématose; l'absence de fétidité, caractérisant habituellement la gangrène pulmonaire, par soustraction de l'organe à l'action de l'air.

(Je m'appuie pour conclure à la gangrène, sur l'aspect uniforme du poumon, sur la généralisation de l'état anatomique, et l'absence de suppuration collectionnée ou diffuse.)

SCARLATINE SUIVIE DE PURPURA. — MORT. — AUTOPSIE. — ECCHYMOSES DE L'ESTOMAC. — ULCÉRATIONS GANGRÉNEUSES DE L'INTESTIN GRÊLE. — ABCÈS MÉTASTATIQUES DES POUMONS ET DU REIN. — DÉGÉNÉRATION GRAISSEUSE DU FOIE ET DU CŒUR. — CYSTITE ECCHYMOTIQUE ET ULCÉREUSE. — Observation et réflexions, par M. CORNIL, interne des hôpitaux.

M..., Agé de vingt-un ans, laveur de vaisselle, entre le 31 mai 1863, à l'hôpital Lariboisière, au n° 14 de la salle Saint-Landry (service de M. Hérard, remplacé alors par M. Besnier).

Ce garçon, très fortement musclé, de tempérament sanguin, sujet aux épistaxis, vivait dans de bonnes conditions hygiéniques; il se nourrissait bien et buvait du vin à tous ses repas. Il a été pris, le 23 mai, de frissons et de fièvre, et il a saigné du nez; il ne s'est pas alité et a continué son travail.

Le 27, il a été couvert sur tout le corps, mais surtout aux aines et sur le tronc, d'une éruption de couleur framboisée, qui est en desquamation depuis le 30. Depuis le début de la

fièvre, il a éprouvé un violent mal de gorge, dont il souffre encore; depuis trois ou quatre jours, il ressent des douleurs aux poignets.

Etat actuel le 31 mai. Pouls fréquent, face congestionnée; sur la peau des paupières on observe de petites plaques d'un rouge obscur, ecchymotiques, qui ne disparaissent pas à la pression du doigt.

La langue est uniformément rouge, lisse et desquamée, sans enduit bien caractéristique.

Sur les jambes, au mollet, etc., on voit de larges plaques irrégulières, saillantes, d'un rouge framboisé, ecchymotiques, ne disparaissant pas à la pression du doigt, et peu douloureuses. Ces plaques, bien différentes, suivant le malade, de celles qui caractérisaient la première éruption, lui ont succédé et datent d'un jour.

Sur le tronc et aux aines, on voit de larges écailles épidermiques grisâtres.

La pression du poignet y révèle de la douleur, et les mouvements de la jambe causent de la douleur aux genoux; la respiration est gênée, bien qu'on ne trouve rien à l'auscultation du poumon ni du cœur. Les chevilles sont œdématisées. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

1^{er} juin. Les taches ecchymotiques des paupières se sont étendues; il existe aussi aujourd'hui du purpura sur le bras gauche. 112 pulsations; l'appétit du malade est conservé.

2 juin. Depuis hier soir, à six heures, des vomissements d'un liquide brun verdâtre se sont déclarés: le malade en a rendu plusieurs litres. A l'examen microscopique, on trouve des globules sanguins très noml. reux, réduits à leur membrane d'enveloppe, ou bien des granulations pigmentaires jaunes, provenant de la matière colorante des globules.

L'éruption est moins marquée qu'hier sur les jambes, mais sur les bras et dans le dos, elle est plus abondante. 108 pulsations. La percussion du foie et de la rate les montre plus volumineux qu'à l'état normal. On prescrit la diète lactée, des boissons froides et une potion de Rivière.

Le 3 et le 4 juin, les vomissements continuent avec la même abondance; le 4 juin, le malade a vomi trois vers ascarides:

sur la surface du liquide vomi on voit plusieurs crachats sanguinolents.

Les taches de purpura ont complètement disparu des jambes, des bras et des paupières, en laissant à leur place une teinte jaunâtre de la peau. La desquamation furfuracée de toute la surface cutanée continue.

Dans la nuit du 4 au 5, le malade rend sans efforts, en allant à la garde-robe, une petite quantité de sang presque pur, rutilant, non coagulé; les vomissements continuent le lendemain, moins abondants, mais formés toujours par un mélange de bile et de sang.

Le 6, une nouvelle poussée de purpura se fait sur la partie latérale gauche du tronc, sur le bras et la jambe du même côté. Le faciès est altéré, le pouls a 96 pulsations; les urines précipitent abondamment par la chaleur et l'acide nitrique. A l'examen microscopique de ces urines, qui ont une coloration rosée, on reconnaît une grande quantité de globules sanguins, rouges, dont les bords sont crénelés; mais ces globules rouges ne sont pas dans des cylindres fibrineux, comme on l'observe dans les hémorrhagies rénales; on voit en outre, dans le dépôt, des globules muqueux en grande quantité et de grandes cellules mères, contenant plusieurs noyaux; on peut, par conséquent, préjuger par cet examen microscopique qu'il n'y a pas albuminurie, mais seulement hématurie, et que la surface muqueuse de la vessie en est le point de départ.

La température de la peau est élevée, la langue est sèche, le faciès se rapproche beaucoup de celui de la fièvre typhoïde. 100 pulsations. On prescrit les affusions froides et l'enveloppement.

10 juin. Aspect typhoïde de la face; pulvéulence des narines et du coin des lèvres; exsudation sanguine de la lèvre, sécheresse de la langue; le ventre est ballonné. Le malade va sous lui; il n'a presque pas vomi depuis hier.

11 juin. Depuis hier soir, la région parotidienne du côté gauche s'est tuméfiée; l'extrémité inférieure du pavillon de l'oreille est ulcérée, ainsi que l'angle des lèvres. 120 pulsations.

13 juin. Ulcérations de la langue et de la muqueuse des

joues. Ces ulcérations sont taillées à pic; leurs bords sont irréguliers, et elles sont peu étendues.

14 juin. La tumeur de la région parotidienne est toujours très volumineuse; en pressant sur elle, on ne fait rien sortir du conduit de Sténon. Le pouls est à 108; le malade est très amaigri, prostré; il a tous les jours sept à huit selles diarrhéiques involontaires, non douloureuses. Quand on l'assied sur son lit, sa face devient d'une pâleur livide: il est trop faible pour pouvoir se tenir seul sur son séant; les vomissements ont cessé depuis trois jours. On prescrit du vin de Bordeaux et une potion avec deux grammes de musc.

15 juin. La région parotidienne gauche est toujours aussi volumineuse, et la peau est rouge à son niveau. On note l'existence de trois à quatre pustules sur le nez et les paupières. 120 pulsations.

16 juin. La région parotidienne droite commence à se tuméfier; les urines, examinées au microscope, montrent encore des globules sanguins, des corpuscules muqueux et purulents, et de grandes cellules noires à trois ou quatre noyaux.

17 juin. Les deux parotides sont également volumineuses; les vomissements et la diarrhée ont cessé. 100 pulsations. Le facies du malade paraît meilleur; les pustules du nez et des paupières restent dans le même état.

Le 19 juin, M. Chassaignac passe dans les deux parotides des tubes à drainage; il s'écoule une grande quantité de pus. 120 pulsations: la diarrhée reparaît.

Le 21 juin, 100 pulsations; les paupières et la peau de la base du nez sont tuméfiées, œdémateuses, de couleur légèrement rosée, comme serait un érysipèle à son début.

Mort le 21 juin.

Autopsie faite le 23 juin, 26 heures après la mort. La rougeur de la base du nez et des paupières a disparu ainsi que l'œdème de ces régions, mais les pustules existent toujours, surtout celles du nez.

A l'ouverture du thorax, le cœur est mou, flasque, sans caillots; ses fibres musculaires, sont d'un jaune paille, et l'examen microscopique les montre remplies de granulations protéiques et grasses.

Les plèvres ne sont pas adhérentes et n'ont pas de liquide épanché dans leur cavité, mais sur la surface des deux poumons on voit de petits flocs rouges qui répondent à des foyers de la grosseur d'un petit pois de *pneumonie purulente, métastatique*. Les poumons ne présentent pas d'autre lésion.

A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine est sain, la rate a son volume et sa consistance normaux ; elle mesure 10 centimètres en longueur, sa surface de section est rosée, et présente les corpuscules de Malpighi normaux. Le foie est hypertrophié, et la totalité de ses lobules est en dégénération graisseuse.

L'estomac présente de petites *taches lenticulaires, rouges, fortement vascularisées et ecchymotiques* sur toute sa surface ; l'intestin grêle, dans toute sa longueur, mais surtout à sa partie inférieure, montre partout des *ulcérations* dont les caractères sont les suivants : quelques-unes sont petites et exactement rondes, sans dépression, ni saillie de leurs bords, ni induration du fond ou du pourtour. Elles ont alors un diamètre de 1 à 10 millimètres, et leur fond plat et peu profond est de coloration blanchâtre. D'autres ulcérations, et c'est le plus grand nombre, sont irrégulières, festonnées et taillées à pic ; la muqueuse s'arrête brusquement à leur niveau. Le fond de ces ulcères est formé par la tunique musculeuse, parfois même très amincie. La largeur de ces ulcères varie depuis une pièce d'un franc jusqu'à celle de la paume de la main. Leur siège est indifférent ; ainsi on peut voir, à côté de ces larges ulcères, des plaques de Peyer qui sont tout à fait saines et sans saillies. Les follicules clos de l'intestin grêle sont à peine visibles et non saillants. Enfin, sur la surface de ces ulcères, on voit souvent de larges plaques formées par la muqueuse mortifiée, encore adhérente, de coloration jaunâtre.

Au niveau de la plupart de ces ulcères, le péritoine présente un épaissement et une couleur blanchâtre, avec des arborisations vasculaires.

Ces altérations s'arrêtent à la valvule iléo-cœcale.

Le gros intestin ne présente nulle part d'ulcérations, mais seulement un développement anormal des follicules clos. Le rein gauche est mou, œdémateux ; mais ses deux substances ont leur aspect normal.

Le rein droit est également ramolli; mais sa surface présente en outre, après l'énucléation de son enveloppe fibreuse, plusieurs infarctus et abcès métastatiques, dont l'un est gros comme une fève, et les autres miliaires. Il s'écoule un peu de pus sur la surface de section de ces abcès métastatiques. Les uretères sont normaux.

La vessie contient un peu d'urine trouble; sa surface présente une grande quantité d'ecchymoses d'un rouge vif de 1 à 5 millimètres de diamètre un peu saillantes. Il existe en outre à sa surface trois ulcérations de 1 à 2 centimètres de diamètre au fond desquelles la tunique musculieuse est à nu.

Les ganglions abdominaux ne sont pas tuméfiés.

Le larynx est sain, sauf un développement anormal des glandules de l'épiglotte (surf. laryngienne) qui sont déprimées en petite cupule. La langue présente sur sa muqueuse trois ulcérations profondes taillées comme à l'emporte-pièce, irrégulières. Il existe de semblables ulcérations sur la muqueuse des joues.

Les glandes parotidiennes sont infiltrées de pus.

La muqueuse des fosses nasales est saine, sauf une très légère ulcération sur la muqueuse de la cloison.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané du front, on trouve quelques gouttellettes de pus.

Ainsi, *en résumé*, un jeune homme de 21 ans, bien constitué, est atteint d'une scarlatine dont les prodromes plus longs que de coutume durent 4 jours; dans la période de desquamation survient un purpura qui envahit successivement presque toute la surface de la peau; très peu de jours après le début du purpura, se montrent d'abondants vomissements bilieux mélangés de sang, une hémorrhagie intestinale et de la diarrhée. Les urines ne tardent pas aussi à contenir du sang. L'état général du malade épuisé par les hémorrhagies et l'abondance des évacuations ressemble beaucoup à celui de la fièvre typhoïde, et il meurt avec des symptômes de pyémie, des parotidites, des pustules au nez et aux paupières et un œdème érysipélateux du front. A l'autopsie, on trouve des abcès métastatiques des poumons et du rein, des ecchymoses de l'estomac et de la vessie, des ulcérations de ce dernier organe

et de l'intestin grêle, une dégénération graisseuse du cœur et du foie.

Bien que nous n'ayons pas vu la période d'éruption de la scarlatine dans ce cas, nous croyons que les symptômes offerts par le malade à son entrée, le mal de gorge, l'apparence si caractéristique de la langue, la desquamation qui se fit pendant plusieurs jours par larges écailles, les douleurs articulaires, etc., ne peuvent laisser aucun doute sur la réalité de la scarlatine. Mais on peut se demander si le purpura et les hémorrhagies dépendaient d'une scarlatine hémorrhagique ou étaient simplement un purpura hémorrhagique compliquant la période de desquamation de la fièvre éruptive chez un malade affecté habituellement d'épistaxis. C'est à cette dernière opinion que nous nous rangeons.

Aussi croyons-nous que toutes les lésions des muqueuses et des parenchymes trouvées à l'autopsie se rattachent au purpura et non à la scarlatine. Il est évident que les ecchymoses de la vessie, qui donnaient lieu à l'hématurie et à une cystite, que celles de l'estomac qui provoquaient par action réflexe les vomissements bilieux, sont l'analogue sur les muqueuses des ecchymoses de la peau et dépendent du purpura. Mais comment expliquerons-nous la production d'ulcères gangréneux à la surface de l'intestin ? ulcères qui par l'abondance de la sécrétion catarrhale ont contribué pour la plus grande part à donner à l'état général du malade la plus grande ressemblance avec celui de la fièvre typhoïde et qui, à la fin de la maladie, ont bien certainement causé la pyémie ? Nous sommes réduits à une hypothèse pour expliquer leur mode de formation. Nous pouvons tout d'abord éliminer l'hypothèse d'une fièvre typhoïde ; car l'apparence toute spéciale des ulcérations de la dothiënthérie, leur siège, la tuméfaction de la rate et des ganglions lymphatiques, nous font absolument défaut ; ces ulcérations appartiennent au purpura ; elles se sont manifestées, peu de temps après les ecchymoses cutanées par une hémorrhagie intestinale suivie bientôt de diarrhée ; et si l'on veut bien se rappeler que la surface de la vessie présentait des ecchymoses dont quelques-unes étaient ulcérées, on trouvera raisonnable l'hypothèse que nous faisons par analo-

gie que les ulcérations intestinales ont succédé à des ecchymoses de l'intestin.

Dans la fièvre scarlatine on trouve quelquefois des lésions de l'intestin ; tantôt un développement anormal des follicules clos, ainsi que l'a vu souvent notre excellent collègue, M. Martineau, tantôt, ainsi que notre savant maître M. Charcot nous en a montré les dessins, des ecchymoses de l'intestin grêle ; mais nous ne croyons pas qu'on ait jamais observé des ulcérations gangréneuses aussi nombreuses et aussi larges que celles que nous avons rapportées dans notre observation.

INCLUSION SCROTALE VISCÉRALE. — ENCÉPHALOIDE DE L'ÉPIDIDYME. — INFECTION GÉNÉRALE. — MORT SIX SEMAINES APRÈS LA CASTRATION, par M. SPIESS, interne des hôpitaux.

Dourlens (Gustave), vingt-quatre ans, garçon de restaurant, entre le 30 avril 1861, salle Saint-Gabriel n° 49, à la Pitié, service de M. Richet.

Ce jeune homme, d'une taille supérieure à la moyenne, paraît jouir d'une santé parfaite ; il entre à l'hôpital, avec l'intention de se faire enlever le testicule gauche. Il raconte qu'étant à cheval, il s'est froissé le testicule. Cette contusion date de trois ans ; il était alors au service dans un corps de cavalerie. Quatre jours après cet accident, il remarqua que le testicule augmentait de volume sans lui causer cependant de vives douleurs. Depuis cette époque, le volume de la tumeur augmenta malgré deux séjours successifs qu'il fit à l'hôpital militaire, où on lui donna de l'iodure de potassium.

Enfin en avril 1862, il est réformé. La tumeur avait alors la grosseur du poing, était indolente et ne lui causait d'autre gêne que celle qui résultait de son volume.

Les deux années qui suivent, le malade ne souffre pas, mais son testicule continue à grossir ; enfin 15 jours avant son entrée à la Pitié ; il éprouve de la douleur le long du cordon correspondant ; il attribue cette douleur à la marche et à la

station verticale nécessitées par sa nouvelle profession. (Garçon de restaurant).

A son entrée le 30 avril 1864, on constate : une tumeur piriforme régulière peu bosselée, longue de 0,16 centimètres ayant 0,26 centimètres de circonférence ; son sommet correspond assez exactement à l'orifice inférieur du canal inguinal. La peau qui la recouvre est de couleur normale sans trace de cicatrices, et n'adhère en aucun point aux parties sous-jacentes. Par la palpation l'on constate que la tumeur n'a pas partout la même densité ; il semble qu'une couche de liquide l'enveloppe, mais que le liquide est surtout collectionné à ses extrémités supérieure et inférieure. Dans la portion moyenne de la tumeur en déprimant avec le doigt on sent au-dessous du liquide un corps solide. Avec une lumière l'on ne trouve nulle part de transparence. La pression ne déplace pas de liquide et l'on n'obtient aucun signe de fluctuation diamétrale.

Le cordon est un peu gonflé, mais est souple et ne présente aucune nodosité ; le canal déférent s'isole facilement, est sensible à la pression ; mais sa sensibilité n'a rien d'anormal.

Le malade ne présente aucun antécédent spécial ; il n'a eu ni blennorrhagie ni chancre ; sa santé a toujours été bonne ; ses parents vivent encore.

M. le docteur Richet le soumet à un traitement mixte d'iodure de potassium et de bi-iodure de mercure.

Cette médication ne modifie en rien l'état du malade qui réclame avec instance l'opération.

Le 2 juin, M. Richet enlève ce testicule. Avant l'opération une ponction faite avec un trois-quarts donne issue à de la sérosité sanguinolente. L'opération et ses suites furent des plus simples. La plaie marcha rapidement à une cicatrisation complète.

Mais le 20 juin, le malade se plaint de douleurs dans le dos et dans les lombes ; il tousse.

Le 4 juillet, les douleurs lombaires ont augmenté, le malade a assez maigri, il a de la peine à faire mouvoir ses jambes, on est obligé de le sonder pour expulser ses urines.

Le 12 juillet, la respiration est de plus en plus difficile ; des

deux côtés de la poitrine, l'on trouve à la percussion une matité assez étendue.

Enfin, le 22 juillet, l'asphyxie est imminente; le malade meurt dans une sorte de coma.

Description et examen de la pièce.

En incisant la tumeur couche par couche, l'on trouve d'abord la tunique vaginale; sa cavité est cloisonnée par des fausses membranes entre lesquelles est de la sérosité sanguinolente et une matière rougeâtre gélatineuse. Au-dessous de la tunique vaginale se trouve la membrane albuginée, considérablement épaissie. Incisée par la partie antérieure de la tumeur, on a alors le testicule à nu. Ces deux enveloppes, tuniques vaginale et albuginée, sont très-distinctes l'une de l'autre sur les parties latérales de l'organe; mais en arrière se confondent au niveau de l'épididyme. Cette première dissection fait voir que la tumeur comprend deux parties bien distinctes; l'une, la plus considérable, entièrement luxée dans la cavité de l'albuginée, correspond au testicule; l'autre, située en dehors de la membrane fibreuse, est constituée par l'épididyme, considérablement augmenté de volume.

Une coupe de la tumeur, faite d'arrière en avant, rend cette disposition très-manifeste; la surface de la section est aussi divisée en deux parties séparées par une ligne fibreuse parabolique, à concavité antérieure. Cette ligne fibreuse est la tranche de l'albuginée; dans sa concavité est comprise la coupe testiculaire; sur sa convexité se voit la section de l'épididyme.

L'aspect de cette coupe est loin d'être uniforme; on y remarque d'abord une masse ovoïde blanchâtre, cartilagineuse, de 3 centimètres 1/2 de diamètre; autour d'elle quelques noyaux analogues et des fragments osseux, sans forme bien déterminée. Ces petits os sont entourés d'une membrane fibreuse, sorte de périoste; ils sont percés de trous semblables aux orifices des canaux vasculaires. Toujours sur cette section du testicule, en arrière des noyaux cartilagineux, l'on voit des amas de substance sébacée et de poils. Cette matière séba-

cée est entourée d'une membrane rougeâtre; quant aux poils, dont quelques-uns ont jusqu'à 5 centimètres de long, ils sont mêlés à de la matière sébacée, dans des kystes analogues aux précédents.

Quelques-uns d'entre eux sont implantés à la face interne de l'enveloppe kystique.

Enfin, en avant de la tumeur est une petite masse arrondie, lisse à sa surface, que recouvrait l'albuginée; cette masse est molle, rougeâtre, semblable à du tissu testiculaire infiltré.

La coupe de l'épididyme a un aspect plus normal; l'on peut remarquer cependant une différence de consistance et de coloration entre le corps et les extrémités. Le corps est gris rosé, assez consistant, tandis que la tête et la queue de l'épididyme sont rougeâtres et ramollies.

M. le professeur Robin a bien voulu nous donner sur cette tumeur, les détails suivants :

Cette masse morbide est formée principalement par du cartilage. Il y a aussi des kystes renfermant, soit de la matière sébacée, semblable à celle de l'enduit fœtal et des kystes pileux de l'ovaire; cette substance est accompagnée de poils. Le tissu cartilagineux offre les caractères du cartilage fœtal; seulement les cellules cartilagineuses et leurs noyaux renferment une quantité considérable de granulations graisseuses.

Entre les kystes précédents et le cartilage se trouvent quelques fragments osseux, et un tissu rougeâtre formé principalement de corps fusiformes, de noyaux, de corps fibroplastiques et de quelques leucocytes. Les noyaux sont presque tous déformés par des granulations, développées au milieu. Les deux extrémités de l'épididyme offrent la structure que l'on constate lors de l'altération dite encéphaloïde; la partie moyenne, d'aspect fibreux, renferme des tubes épididymaires moins altérés.

L'autopsie faite le 23 juillet par mon collègue Louis Odier, donne les résultats suivants :

Les deux poumons sont envahis par des masses blanchâtres d'aspect encéphaloïde. Les ganglions lombaires du côté gauche sont volumineux, également dégénérés. Un de ces gan-

glions surtout a pris un volume considérable, et forme à la partie du rein gauche une tumeur qui comprime l'uretère correspondant. Le rein présente une dilatation considérable du calice et des bassinets.

Examen des pièces par M. Cornil.

Les deux poumons sont criblés de grosses masses saillantes à la surface des poumons, de coloration blanchâtre, molles et sur lesquelles rampent de très nombreux vaisseaux injectés. Ces tumeurs secondaires sont de la grosseur d'une noisette à une noix et un peu déprimées à leur centre. Sur une coupe du poumon on voit que ces tumeurs existent à la profondeur de l'organe aussi bien qu'à sa surface. Les sections de ces tumeurs montrent un tissu mou blanchâtre, d'où suinte par la pression une quantité considérable de liquide laiteux plus ou moins épais, suivant la grosseur des tumeurs (le liquide est d'autant plus épais qu'elles sont plus grosses). Outre ce liquide pulpeux (suc cancéreux) on voit des noyaux en nombre considérable injectés, gros et présentant des dilatations visibles à l'œil nu en regardant de très près.

Au microscope le liquide était composé de cellules prismatiques ou sphériques très volumineuses, contenant un gros noyau dont les dimensions atteignaient 0,012 de longueur sur 0,008 de large, généralement ovulaires et pourvus d'un gros nucléole. Le liquide en était tellement riche que les cellules étaient en contact les unes des autres quand on mettait le petit verre. Dans le liquide le plus épais on trouvait des corps granuleux. Il y avait aussi des cellules mères et des noyaux libres.

Les vaisseaux capillaires et leurs réseaux étaient extrêmement nombreux et serrés, libres au milieu des cellules et non maintenus par une trame de tissu conjonctif. Nous n'avons pas pu voir nettement de trame cellulaire dans cette tumeur. Ces vaisseaux présentaient de très nombreuses éctasies ou dilatations anévrysmales. Ces dilatations vasculaires en forme de fuseau ou de sphère siégeaient principalement au sommet de

la courbe des anses vasculaires : on voyait alors une petite sphère pleine de sang où venaient se rendre deux vaisseaux capillaires. Ces ectasies sphériques atteignaient jusqu'à 1/2 millimètre. Souvent, au lieu d'être au sommet d'une anse capillaire, ces ectasies fusiformes, ovoïdes ou plus ou moins sphériques siégeaient sur le trajet, d'un capillaire ou d'une très petite artériole. Les parois de ces petits anévrysmes étaient, comme les vaisseaux d'où ils provenaient, composés généralement d'une seule tunique mince hyaline contenant des noyaux. Les vaisseaux artériels d'un petit volume, pas plus que les capillaires n'avaient subi aucune dégénérescence, et leurs parois étaient saines.

Un ganglion lymphatique lombaire était accolé au rein et faisant tumeur avec lui, bien que ce dernier organe ne fût pas compromis. Ce ganglion était gros comme un œuf de poule et complètement transformé en une masse encéphaloïde de même structure que la précédente.

Ainsi en résumé : tumeurs secondaires ayant à l'œil nu l'apparence de l'encéphaloïde, caractérisées par des cellules très volumineuses à noyau considérable et à gros nucléole, par des dilatations ectasiques des vaisseaux et par l'absence d'une trame de tissu conjonctif.

Rapport de M. Ed. Cruveilhier.

Avant les travaux de deux des membres de la Société, MM. Verneuil et Constantin Paul, les inclusions parasitaires avaient été admirablement étudiées au point de vue de l'anatomie pathologique, et surtout de la classification. Pour établir ce fait, il n'est besoin de citer que les noms des Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Ollivier d'Angers, Himly, Cruveilhier, Vrolik. Je n'ai pas, du reste, l'intention de refaire l'historique complètement tracé par un des membres de cette Société, le docteur Moussaud (thèses de 1861).

Ce qu'il y a de spécial dans les travaux de MM. Verneuil et Constantin Paul, c'est l'étude clinique des adhésions congénitales. La seule espèce d'adhésion congénitale qui intéresse le

clinicien, est l'adhésion entre deux fœtus dont l'un, plus ou moins informe, joue le rôle d'un véritable parasite inclus dans un individu complet. C'est la classe des monstres doubles par inclusion ou par implantation.

Cette étude des inclusions fœtales, au point de vue clinique, a été faite pour la région scrotale par M. Verneuil, pour la région périnéale, par M. Constantin Paul.

C'est de l'inclusion scrotale que j'ai à m'occuper.

Lorsqu'on jette les yeux sur les cas d'inclusion fœtale, on est étonné de voir quelle est la fréquence de ces cas d'adhésion entre les organes génitaux et les kystes fœtaux : chez la femme, les cas de grossesse extra-utérine viennent donner raison d'une partie des cas observés ; mais chez l'homme, cette cause ne saurait être invoquée : il y a probablement là une question de développement. Qu'une vésicule de de Graaf contienne deux ovules, ou que deux vésicules aient été fécondées, il est certain que c'est un double germe qui donne naissance à un double fœtus. Celui des germes dont la croissance est arrêtée doit naturellement se trouver inclus dans les organes dont le développement est le plus rapide. Parmi ces organes, le corps de Wolf est un de ceux dont l'apparition est la plus précoce ; et comme le testicule et l'ovaire naissent de ces corps de Wolf, il n'y a rien d'étonnant à ce que bon nombre d'inclusions fœtales se rencontrent formées aux dépens des organes génitaux.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, dont je trouve les éléments dans une communication faite à la Société anatomique par M. Pigné, il reste démontré que l'inclusion scrotale est l'inclusion qui intéresse le plus les chirurgiens, puisque c'est à peu près la seule contre laquelle on puisse avoir recours à l'intervention chirurgicale.

Les détails contenus dans l'observation de M. Spiess vont nous permettre de passer en revue les questions encore litigieuses de ce point de pathologie. Une des divisions les plus connues des inclusions est celle qui consiste à les diviser en viscérales et sous-cutanées.

Parmi les faits recueillis par M. Verneuil, et qui sont au nombre de dix, je n'en connais qu'un dans lequel l'implanta-

tion était viscérale : c'était un sujet dont le testicule ne descendit que quelque temps après la naissance, et dont les bourses étaient vides avant l'arrivée de la glande séminale. Le fait que nous a présenté M. Spiess est un fait d'inclusion testiculaire manifeste. En incisant la tumeur couche par couche, en effet, on trouve d'abord la tunique vaginale dont la cavité est cloisonnée par des fausses membranes au-dessous d'albuginée épaissie. En incisant la tumeur, on voit que toute cette masse est formée de deux parties distinctes, l'une contenue dans l'albuginée la plus considérable, correspondant au testicule, l'autre située en dehors de la membrane fibreuse, et constituée par l'épididyme considérablement augmenté de volume.

C'est dans l'intérieur de l'albuginée qu'est contenue la tumeur : nous avons donc affaire, et c'était important à établir, à une inclusion viscérale. Ce fait, ai-je dit, était important à établir; car, M. Verneuil, qui a pourtant rapporté un cas d'inclusion testiculaire évident, puisque chez un malade la tumeur congénitale était située à l'aîne, et qu'il y avait une ectropie inguinale du testicule. M. Verneuil ajoute que l'existence des inclusions viscérales testiculaires est douteuse. Le fait de M. Spiess ne peut laisser aucun doute, lorsque vous saurez surtout que j'ai sous les yeux la description de la pièce faite par M. le professeur Robiu, et que ce savant auteur reconnaît que la tumeur est placée dans la cavité de l'albuginée.

L'aspect de la coupe est loin d'être uniforme.

On y remarque d'abord une masse ovoïde, blanchâtre, cartilagineuse, de 3 centim. de diamètre; autour d'elle quelques noyaux analogues et des fragments osseux, sans forme bien déterminée. Les petits os sont entourés d'une membrane fibreuse, sorte de périoste; ils sont percés de trous analogues aux orifices des canaux vasculaires. En arrière des noyaux cartilagineux, nous trouvons des amas de substance sébacée et des poils: cette matière sébacée est entourée d'une membrane rougeâtre; quant aux poils, dont quelques-uns ont jusqu'à 0,05 de long, ils sont mêlés à de la matière sébacée, dans des kystes analogues aux précédents, et quelques-uns sont implantés à la face interne de la membrane kystique.

Enfin, en avant de la tumeur, est une petite masse arrondie, lisse à sa surface, qui répond à l'albuginée; cette masse est molle, rougeâtre, semblable à du tissu testiculaire infiltré. Je parlerai plus tard de l'épididyme. Nous ne voyons dans cette tumeur, ainsi que cela a lieu d'ordinaire, que des débris d'organes formés aux dépens du feuillet externe du blastoderme, le système cutané avec ses sécrétions pileuses et sébacées, le système osseux représenté par des fragments informes et du cartilage.

Nous rallierons-nous à l'opinion soutenue par M. Lebert, c'est-à-dire à l'hétérotopie plastique? En tout cas, ce fait, pas plus que ceux analysés par M. Verneuil, ne doit rentrer dans le cas des kystes dermoïdes.

Le malade ne s'est jamais aperçu de l'existence de sa tumeur jusqu'à l'âge de vingt-un ans. Il fut enrôlé dans un régiment de cavalerie, et raconte qu'après un froissement violent, il vit le testicule lui causer de vives douleurs et augmenter rapidement de volume : ce cas offre donc bien nettement les deux périodes indiquées par M. Verneuil : période d'indolence, période d'inflammation. Le testicule continu à grossir pendant deux années, et quinze jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, la douleur devient assez vive et s'étend le long du cordon correspondant.

Il nous faut étudier attentivement quels sont les éléments diagnostiques que fournissait l'examen clinique de la tumeur. M. Spiess est entré dans des détails assez circonstanciés, pour que nous fassions avec fruit cet examen. Notons d'abord qu'une erreur de diagnostic a eu lieu dans ce fait, comme dans tous ceux où des fistules ne donnaient pas lieu à l'issue des parties organisées; on se rappelle, en effet, que dans le cas célèbre observé en 1840 par M. Velpeau, l'issue de poils et de matière sébacée par des fistules rendait le diagnostic facile.

La tumeur observée par M. Spiess était piriforme, régulière, peu bosselée, offrait une longueur de seize centimètres; son sommet correspondait assez exactement à l'orifice inférieur du canal inguinal. Il semblait qu'il y eût un peu de liquide dans la tunique vaginale; mais en déprimant la portion moyenne, on sentait un corps solide et tout autour une fluctuation qui

ne pouvait se transmettre d'un doigt à l'autre, analogue à celle que donnerait une poche formée de kystes. Il est intéressant de savoir que ces tumeurs scrotales ont été confondues, soit avec des hydrocèles, soit avec des kystes du testicule, lorsqu'elles étaient descendues dans les bourses, et lorsqu'on les a vues retenues à l'aîne, on les a prises pour une hernie inguinale ou un kyste du cordon.

Dans le fait que nous étudions, on pouvait se poser tous ces diagnostics, puisque si la tumeur descendait au fond des bourses, elle remontait jusqu'à l'anneau inguinal.

La tumeur était égale, piriforme, sans bosselure, la peau était lisse et sans adhérence : une hydrocèle pouvait être admise.

Mais en palpant la tumeur et en déplaçant une légère couche de liquide, on arrivait sur une masse présentant des parties d'une densité bien différente : une fluctuation obscure existait dans plusieurs points ; on pouvait donc avoir affaire à des kystes de testicule : la douleur et la durée de l'affection pouvait éveiller l'idée d'affection tuberculeuse offrant des points ramollis auxquels aurait été due la sensation de fluctuation obscure que l'on percevait.

Quoi qu'il en soit, deux faits doivent guider : c'est d'une part l'adhérence au testicule de la tumeur, et d'autre part la congénialité. Le second, qui paraît le plus difficile à reconnaître, manque assez souvent par cette raison que la première période ou période d'indolence coïncidant avec l'enfance ou l'extrême jeunesse, l'attention n'est nullement attirée vers les organes génitaux.

L'adhérence de la tumeur au testicule reste un fait important, puisque dans tous les cas, moins un, rapportés par M. Verneuil, l'adhérence existait : c'est là un élément de diagnostic assez vague, mais auquel on peut ajouter ces bosselures, ces inégalités signalées dans tous les cas : lorsqu'à ces signes on joindra la sensation bien nette d'un corps d'une dureté pierreuse comme celle que donnerait une portion d'os, on pourrait poser le diagnostic.

Je n'ai pas parlé à dessein, dans la description, de l'épididyme, parce que les lésions dont il était le siège n'avaient pas

de rapport avec une inclusion scrotale. Cet organe était augmenté de volume, et on pouvait le diviser en trois portions : une moyenne qui offrait la structure de l'épididyme à peu près normal, et deux extrémités qui avaient subi la dégénérescence encéphaloïde.

La coïncidence d'encéphaloïde est un fait unique dans les observations d'inclusion scrotale et légitime l'opération qui fut pratiquée.

XXXIX^e ANNÉE — JUILLET 1904.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Tubercule des pédoncules cérébraux. — 2. Pouce surnuméraire. — 3. Cancer du maxillaire supérieur. — 4. Aphémie. — 5. Aphémie traumatique. — 6. Ramollissement du cerveau. — 7. Faiblesse congéniale des nouveau-nés. — 8. Phlébite de la veine rénale. — 9. Fracture du col de l'astragale. — 10. Cancroïde développé sur une cicatrice. — 11. Kyste hématique des ovaires. — 12. Tumeur fibreuse de la grande lèvre. — 13. Tumeur de l'abdomen. — 14. Hémorrhagie méningée.

OBSERVATIONS. — Tumeur tuberculeuse du lobe gauche du cervelet sans tuberculisation généralisée; hydrocéphalie ventriculaire consécutive; mort, autopsie, par M. ROBERTET, interne des hôpitaux.

Acéphalocyste du foie et du poumon droit. — Double pleurésie. — Péricardite. — Mort; autopsie, par M. Jules BESNIER, interne des hôpitaux.

Rétraction spasmodique des membres inférieurs. — Colique hépatique. — Accidents cholériformes. — Mort; autopsie. — Tumeur épithéliale de la dure-mère rachidienne, par M. LACROUSILLE, interne des hôpitaux.

Rapport de M. BOUCHARD sur cette observation.

Hémiplégie gauche avec hypertrophie cardiaque. — Mort; autopsie. — Cicatrices anciennes de la couche optique droite. — Adhérences pleurales, notamment audevant du cœur. — Kystes solides des trompes, par M. POTAIN, médecin de l'hospice des Petits-Ménages.

Ictère grave sans hémorrhagies. — Atrophie aiguë du foie. — Altération granulo-graisseuse des reins. — Observation et réflexions, par M. L. FONTAN, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENTE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Paquet présente :

A. Un *tubercule des pédoncules cérébraux* et donne les détails qui suivent.

L'enfant sur lequel a été recueillie cette pièce âgé, de cinq ans et demi, est décédé le 29 juin, dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants. Voici les renseignements que ses parents nous ont fournis sur son état avant son entrée à l'hôpital. Depuis l'âge de quatre ans et demi il aurait présenté des vomissements fréquents et une céphalalgie intermittente, avec exacerbation au moment des vomissements. Depuis deux mois, il est frappé de paralysie graduelle des quatre membres; plus marquée aux inférieurs, et surtout à gauche. L'enfant ne marche plus, et c'est à peine s'il peut se soutenir: on observe à l'époque de son entrée, le 16 avril 1864, un commencement de rétraction du triceps sural.

A cette époque, il est examiné par M. Duchenne, qui a remis à mon collègue Lemaire la note suivante : la contractilité électrique est conservée dans les muscles des bras et des jambes qui sont paralysés ou affaiblis : la sensibilité est intacte. C'est une paralysie généralisée de cause cérébrale.

Au commencement du mois de juin, l'enfant contracta la rougeole, qui se montra chez lui avec des symptômes cérébraux très intenses. Le 20 juin, l'enfant, guéri de sa rougeole, est pris de vomissements opiniâtres, avec céphalalgie très intense : il ne peut soutenir sa tête, qui penche tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais plus fréquemment du côté gauche.

Deux jours avant sa mort, il fut pris de convulsions; strabisme, pupilles contractées; sa vue paraît s'être conservée jusqu'à cette époque; le dernier jour il est pris de fièvre modérée, avec irrégularité du pouls, et meurt dans le coma.

Autopsie. Le crâne ne présente rien de particulier. Après l'incision de la dure-mère, il s'écoule une assez grande quantité de liquide; les veines de la pie-mère sont très injectées,

et le long des vaisseaux on trouve quelques traînées d'exsudat plastique, mais pas de granulations méningiennes. La pie-mère n'adhère pas à la substance cérébrale. Le cerveau présente une légère hypertrophie des circonvolutions, et un peu de liquide dans les cavités ventriculaires.

Le cervelet présente sur sa face supérieure du côté droit, en dehors du lobule du nerf vague, un petit tubercule du volume d'un pois.

Le bulbe et la protubérance sont sains. Mais en avant de la face postérieure de la protubérance, sur le trajet des pédoncules cérébraux, on voit deux masses dont la plus petite, postérieure, est du volume d'une amande, et la plus grosse, antérieure, du volume d'une noix. Ces masses incisées nous présentent tous les caractères du tubercule cérébral. Elles sont enkystées, et formées de couches verdâtres, concentriques. Au microscope on remarque des myélocytes plus ou moins déformés et très abondants, englobés dans du tissu cellulaire en voie de formation. Les tubercules quadrijumeaux et les corps genouillés ont disparu; les autres viscères sont sains, et l'on ne trouve qu'un petit tubercule lenticulaire au sommet du poumon gauche.

❖. B. *Un pouce surnuméraire* de la main droite enlevé par M. Giraldès.

Ce pouce provient d'une fille de quatorze ans, bien portante, et ne présentant aucun autre vice de conformation. Il tenait au pouce normal par une base assez large; il possède deux phalanges; la dernière porte un ongle bien conformé. Sa longueur est d'environ trois centimètres; les téguments sont normaux: les plis qui correspondent à l'union de la première phalange de ce pouce surnuméraire avec la première phalange du pouce normal, ainsi que le pli qui correspond à l'union des deux phalanges, sont bien marqués; ces phalanges sont mobiles; on peut leur faire exécuter des mouvements de flexion et d'extension; mais ces mouvements ne peuvent pas s'exécuter spontanément. La peau est sensible, et l'application

de l'électricité y causé une douleur vive, mais ne produit aucun mouvement. Le pouce surnuméraire est enlevé par une incision elliptique. Pas de tendons ; les phalanges sont rudimentaires, et ressemblent à celles des orteils. Pas de surfaces articulaires bien marquées, mais tissu cellulaire lâche, d'aspect synovial. Ce pouce paraît être constitué uniquement par la peau, de la graisse et les phalanges recouvertes d'un périoste épais. Il ne présente ni vaisseau important, ni nerf.

3. M. Henrot montre un *cancer du maxillaire supérieur*, qui a été opéré par M. Giraldès, et remet l'observation suivante :

Berthe B..., âgée de sept ans et demi, est entrée le 8 mars 1864 à l'hôpital des Enfants ; elle fut placée au n° 20 de la salle Sainte-Pauline, dans le service de M. Giraldès.

Cinq mois avant son entrée à l'hôpital, au mois de novembre 1863, M. Giraldès enlevait à cette petite fille une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de pigeon, siégeant sur la partie droite de la voûte palatine.

On ne sait pas au juste le temps que cette tumeur avait mis à se développer.

Cette première tumeur était de nature glandulaire (suivant M. Giraldès, qui l'a examinée avec soin). L'os avait été mis à nu dans toute l'étendue de la tumeur.

Une hémorrhagie considérable suivit cette opération.

Il y a deux mois à peu près, la mère s'aperçut d'une déformation commençante de la face, et surtout d'une gêne assez grande de la respiration, qui prit dans le dernier mois, et surtout dans la dernière quinzaine, un accroissement considérable.

L'iodure de potassium, administré à l'intérieur à forte dose, ne produisit aucune amélioration.

Le 8 mars, jour de l'entrée de la malade, épistaxis très considérable par la narine droite, du côté où siége la déformation de la face.

La malade, examinée quinze jours avant son entrée, présentait un élargissement considérable de la base du nez ; les ca-

vités orbitaires étaient éloignées l'une de l'autre. A un examen attentif, la partie droite du visage semble plus développée que la gauche ; si on soulève la lèvre supérieure, on découvre, au dessus des dents de la moitié droite de la mâchoire supérieure, trois petites tumeurs mamelonnées, très visibles à la vue, très manifestes au toucher.

Les dents du côté droit de la mâchoire supérieure sont plus ou moins mobiles, et oscillent dans leur alvéole ; la partie droite de la voûte palatine est uniformément saillante ; elle est molle, dépressible au toucher, plus vasculaire que la moitié du côté opposé. En portant le doigt profondément dans la bouche, et en le faisant passer derrière le voile du palais, on constate à droite une tumeur assez volumineuse, faisant une saillie considérable en arrière, et siégeant dans l'épaisseur du voile du palais et à l'orifice postérieur des fosses nasales.

L'introduction d'une sonde dans la narine droite ne fait constater rien d'anormal.

L'œil n'est pas déplacé.

Rien d'appréciable au toucher, du côté de la fosse ptérygo-maxillaire.

Pas de douleur.

Gêne de la respiration devenant de plus en plus considérable.

L'examen, fait à nouveau lors de son entrée, permet de constater qu'en quinze jours la tumeur a pris un accroissement considérable.

Le 17 mars, *opération*. Ablation complète du maxillaire supérieur.

L'enfant, endormie dans son lit, est ensuite portée à l'amphithéâtre.

Elle est maintenue chloroformée pendant tout le temps de l'opération, qui dure au moins trois quarts d'heure.

Elle est maintenue couchée sur le dos ; le sang ne passe pas dans la trachée, mais dans l'œsophage.

Incision de la commissure des lèvres, à la base de l'apophyse zygomatique.

Écoulement de sang considérable ; ligature des artères.

Dissection de l'os maxillaire supérieur à l'extérieur ; les

points d'attache de cet os sont, les uns sciés (scie à chaîne), les autres coupés avec la pince de Liston.

Pendant l'opération, perte de sang assez considérable; arrachement de la tumeur et du maxillaire; tamponnement avec des boulettes de charpie et du baume de commandeur.

On fait la suture des téguments avec des fils d'argent.

17 mars au soir. Prostration extrême. Deux vomissements, l'un de sang, l'autre alimentaire; fièvre intense. Elle prend du vin et du bouillon. — 18. Elle continue le vin et le bouillon. Pas de vomissements. Affaissement extrême. Pas de délire. Peu de fièvre. Écoulement considérable de sérosité sanguinolente par la bouche, la narine du côté droit. Odeur fétide. Injections et lavages répétés.

Toute la partie droite du visage est gonflée et un peu rouge; on fait couvrir de poudre d'amidon.

Le côté gauche est rouge: cette rougeur est due au chloroforme, ou à la pression des mains qui comprimaient les faciales. L'œil droit donne écoulement à un liquide séro-purulent; les yeux sont fermés par le gonflement des paupières.

19. On retire le tampon de charpie. On en replace un autre.

L'écoulement fétide par la bouche et la narine continue avec une prodigieuse abondance. On fait des injections de permanganate de potasse avec un pulvérisateur. Vin, bouillon, vin de quinquina. — 20. Amélioration très-marquée dans l'état général. Elle parle un peu. Elle dort parfaitement. Le gonflement de la face a disparu. Les yeux sont en bon état. Plus de fièvre.

A partir de cette époque l'état général s'améliore de plus en plus.

La plaie devient moins infecte, on continue les injections.

Vers le dixième jour après l'opération, elle se lève; la plaie cutanée est en partie cicatrisée.

4. M. Broca présente :

A. Plusieurs *cerveaux* destinés au musée Dupuytren et qui présentent la lésion caractéristique de *l'aphémie*, à savoir une altération de la troisième circonvolution frontale gauche :

1° Femme complètement aphémique (service de M. Charcot);

Un mois après l'opération, il y a une rétraction et une adhérence de la plaie cutanée aux tissus profonds qui amènent de ce côté de la face une dépression très difforme.

A deux reprises différentes, cette adhérence est coupée soit avec des ciseaux, soit avec une pince à mors non coupant et écrasant par une pression très forte.

Le 30 juin 1864. La cicatrice cutanée est en très bon état ; elle n'est pas trop difforme ; mais en faisant ouvrir la bouche, on voit une nouvelle tumeur qui, partant de la voûte palatine du côté gauche, tend à envahir l'espace resté vide par l'extraction du maxillaire.

Examen de la tumeur.

A l'œil nu. Le maxillaire supérieur droit étant enlevé, on constate qu'il est envahi par une tumeur ayant les rapports suivants :

En avant.

Elle a respecté la partie supérieure du maxillaire qui constitue le rebord orbitaire inférieur, mais au-dessous elle a chassé en avant les dents de la deuxième dentition, qui viennent former au-dessus du rebord alvéolaire et des dents de la moitié droite du maxillaire supérieur de petites tumeurs arrondies, dures, résistantes, qu'il était du reste facile de constater avant l'opération :

Les dents de ce côté (2 incisives 1 canine et 3 molaires) offrent une certaine mobilité dans leur alvéole.

En haut, la tumeur est limitée par la paroi inférieure de l'orbite qui n'est nullement refoulée, ni envahie.

En dedans, elle a envahi la fosse nasale du côté correspondant ; elle forme là une tumeur allongée dans le sens antéro-postérieur, comprenant dans son épaisseur le cornet inférieur.

En dehors, elle passe au-dessous de l'apophyse zygomatique et vient former dans la fosse ptérygo-maxillaire une saillie considérable d'une mollesse assez grande, à peu près vers le centre de cette tumeur ; on voit par transparence une dent molaire qui est même à 2 centimètres du rebord alvéolaire.

En arrière elle a envahi la partie postérieure droite de la voûte palatine ; elle s'étend même jusque dans l'épaisseur du voile du palais, et l'orifice postérieur des fosses nasales ; avant l'opération le doigt introduit profondément dans l'arrière-gorge et recourbé sur la face postérieure du voile, sentait très-nettement une saillie considérable qui rendait le passage du doigt difficile à droite.

En bas, enfin, elle a envahi complètement la voûte palatine ; elle forme sous la muqueuse en cet endroit une saillie de consistance molle qui se prolonge presque sur la partie antérieure du voile du palais.

A la loupe, on constate que le sinus maxillaire est réduit à une très-petite cavité que l'on voit immédiatement au-dessous de la paroi inférieure de l'orbite ; tout le reste est transformé en une substance de consistance et de nature osseuse, d'un poids assez considérable.

Ce tissu ne se coupe pas facilement avec le scalpel ; il faut la scie pour le diviser.

Ce n'est que sur les parties circonférencielles de la tumeur que celle-ci se présente sous l'aspect d'un tissu mollasse, blanchâtre qui existe surtout en assez grande quantité dans la saillie de la fosse nasale, à la voûte palatine, dans la fosse ptérygo-maxillaire, enfin en arrière de l'orifice des fosses nasales.

La très minime portion du sinus maxillaire qui reste est tapissée par la muqueuse ; la partie de la muqueuse qui répond à la tumeur et qui se confond avec elle a un demi-centimètre d'épaisseur ; elle présente la même consistance que dans les points précédemment cités.

Dans cette tumeur il y a donc deux parties à examiner : 1° la partie osseuse formant le centre ;

2° La partie molle blanchâtre existant à la périphérie.

La partie molle examinée au microscope présente des cellules de forme irrégulièrement arrondie, renfermant 4, 5, 6 noyaux, et des cellules à noyaux multiples.

M. Giralès ayant de son côté examiné la tumeur y a trouvé les mêmes éléments.

La partie dure n'a pas été examinée au microscope.

(L'observation a été publiée dans les Bulletins de notre société, année 1863).

Autopsie : Ramollissement du lobe pariétal et occipital de l'hémisphère gauche.

La 3^{me} circonvolution frontale est séparée des autres par une perte de substance dans laquelle on peut loger le doigt.

2^o Fille épileptique depuis plusieurs années, et en même temps aphasique. (Service de M. Moreau de Tours).

Autopsie : Ramollissement de l'insula et de la troisième circonvolution frontale.

La substance grise de l'insula et le noyau extraventriculaire du corps strié ont complètement disparu.

Je n'ai pas vu l'hémisphère droit; mais on m'a dit qu'il ne présentait aucune altération.

3^o Femme de 80 ans, entrée à l'infirmerie pour une fracture de l'extrémité inférieure du fémur.

Elle n'avait aucune intelligence et ne poussait que des cris inarticulés; son mutisme était attribué à une altération sénile; mais on apprit qu'elle avait une phrase, toujours la même : *j'aime mieux mourir*, et qu'elle reconnaissait sa fille.

Autopsie : ramollissement de la troisième circonvolution frontale.

4^o La nommée Lagacke (femme Forget) soixante-douze ans, est morte le 27 juin 1864, à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Broca).

Elle a succombé aux suites d'un phlegmon diffus chronique avec accès multiples du membre inférieur droit, après un séjour de plus de deux mois à l'infirmerie. Elle venait de la division des aliénés, service de M. Falret.

Nous ne savions rien de ses antécédents; car elle ne répondait à aucune question. Elle n'a jamais parlé au moment de la visite, et elle ne comprenait certainement pas ce qu'on lui disait. Elle ne connaissait personne, n'appelait jamais ni ses

voisines, ni les filles de service qui la soignaient. Sa fille n'est venue la voir que deux fois pendant son séjour à l'infirmerie ; la première fois elle a paru la reconnaître, mais ne lui a rien dit ; la seconde fois elle ne l'a même pas reconnue.

Cette pauvre femme est restée continuellement au lit à cause de son phlegmon diffus. Elle gâtait, mais elle n'était nullement paralysée. Elle se retournait librement dans son lit, se servait de ses deux mains, et remuait ses deux jambes ; à plusieurs reprises j'ai dû lui faire des incisions sur la jambe et la cuisse droite ; elle les a bien senties, et a poussé quelques gémissements ; mais ne s'est pas agitée ; il pourrait se faire que la sensibilité fût un peu émoussée. Lorsqu'on préparait devant elle des instruments pour une nouvelle incision, elle regardait faire sans paraître comprendre. Il était clair qu'elle ne se souvenait pas des incisions précédentes.

Elle n'a jamais répondu à une question ; mais elle ne gardait cependant pas toujours le silence. Elle disait souvent un grand nombre de fois de suite : « je veux m'en aller » ou encore « quel malheur ! » ou enfin « mon Dieu, mon Dieu ! » D'autres fois elle barbotait pendant des heures entières des sons inarticulés accompagnés de gémissements.

Son intelligence était assez profondément altérée pour expliquer son mutisme ; nous ne nous sommes pas demandé pendant la vie, si ce mutisme dépendait d'une cause spéciale.

Autopsie. Enorme quantité de sérosité dans l'arachnoïde, dans la pie-mère et dans les ventricules. Léger ramollissement de la protubérance. Bulbe et cervelet sains.

Poids de l'encéphale entier avec ses membranes 1095. Les membranes enlevées, l'hémisphère droit pèse 455, et le gauche 417 seulement. Différence 38 grammes.

L'hémisphère droit est sain, l'hémisphère gauche présente : 1° un ramollissement diffus de la circonvolution marginale inférieure du lobe temporo-sphénoïdal ; 2° une petite perte de substance du deuxième pli de l'insula, en forme d'abcès, peu profonds, mais pénétrant cependant jusqu'à la substance blanche ; 3° une couleur brunâtre des circonvolutions groupées autour de la scissure de Sylvius, même sur celles d'entre elles qui ne présentent aucune autre lésion appréciable ; 4° enfin

deux lésions de la troisième circonvolution frontale; l'une consiste en une atrophie avec un léger ramollissement diffus du méandre postérieur de cette circonvolution; l'autre est un foyer de ramollissement, jaune brun, limité à la partie de cette circonvolution qui décrit une dernière courbe avant de quitter la scissure de Sylvius, pour se prolonger au-dessous du lobule orbitaire.

Le reste de l'hémisphère gauche est un peu atrophié, mais ne paraît pas autrement malade.

L'artère sylvienne gauche présente des plaques et même des anneaux athéromateux, mais n'est ni obitérée, ni rétrécie. Cette lésion de l'artère ne peut être la cause du ramollissement; elle dépend sans doute de la même cause que le ramollissement. Le cœur et les gros vaisseaux sont parfaitement sains.

La lésion de l'hémisphère gauche est exactement celle de l'aphémie, et la malade ne parlait pas mieux que beaucoup d'aphémiques. Ce fait n'a pas beaucoup de valeur, puisque l'intelligence était à peu près abolie. Il est bon de noter cependant que la perte de la parole a coïncidé avec une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche.

5. B. Un *dessin* représentant le cerveau d'un homme devenu *aphémique par traumatisme* qui a été présenté par M. Périer à la Société d'anthropologie (1864) et rappelle les deux faits d'aphémie traumatique envoyés à la Société de chirurgie par M. Ange Duval.

6. C. Un *cerveau* atteint de *ramollissement* à la région pariétale faussement attribué à une embolie de l'artère Sylvienne; car l'examen montre qu'il ne s'agit pas ici d'un caillot venu du cœur, mais bien d'un caillot formé sur place, autochtone, comme on a dit, caillot canaliculé et qui ne ferme qu'incomplètement le calibre de l'artère.

M. Broca profite de cette occasion, pour faire remarquer que

les embolies des artères du cerveau sont plus rares qu'on ne l'a dit, et qu'on trouve le plus souvent une altération des parois vasculaires qui a causé une thrombose.

Or, en Angleterre, Jackson, médecin de l'hôpital consacré aux maladies du système nerveux ayant examiné trente et un aphémiques vivants, les a tous trouvés paralysés à droite, et comme ils présentaient tous une affection du cœur, il conclut à l'existence d'une embolie.

En tous cas, il est à remarquer que les embolies cérébrales sont bien plus fréquentes à gauche qu'à droite.

M. Blachez : pour les faits de M. Jackson, il me semble qu'on peut admettre une interprétation autre que l'embolie. Puisqu'il existe une affection cardiaque, il est probable qu'il existe en même temps une dégénérescence des artères cérébrales.

M. Brouardel : la dégénérescence des artères du cerveau coïncide fréquemment avec les lésions du cœur et des gros vaisseaux et je partage l'opinion de M. Blachez.

Quant à la fréquence de l'embolie cérébrale à gauche, je rappellerai que dans les expériences qui ont été faites, on a presque toujours vu l'embolie arrêtée dans l'artère sylvienne gauche; et on a cherché à expliquer cette particularité en disant que le trajet était plus direct.

M. Broca : Les expériences dont vient de parler M. Brouardel ont été faites sur des animaux, et l'on ne peut admettre les mêmes conclusions pour l'homme, sur lequel la disposition anatomique de l'aorte est toute différente.

M. Laborde : une distinction importante doit être faite suivant l'âge. Chez les vieillards, l'embolie est très rare; il en est de même de la dégénérescence athéromateuse des artères de la base du crâne; mais la dégénérescence des capillaires du cerveau est constante après soixante ans.

En face de ces lésions multiples, la question de l'aphémie se complique de plus en plus; et si la troisième circonvolution frontale est le siège d'élection pour les lésions qui amènent la perte du langage en dehors des troubles de l'intelligence, je crois que la véritable localisation doit être placée dans les

circonvolutions; et je demanderai à M. Broca ce qu'il pense de ces faits dans lesquels la destruction du lobe antérieur gauche n'a pas amené la perte de la parole.

M. Broca : il faut bien s'entendre sur ce qu'on appelle lobe antérieur. En général on délimite le lobe antérieur à sa partie orbitaire seulement, et c'est à sa partie postérieure que j'ai rencontré constamment les lésions caractéristiques de l'aphémie. C'est ainsi que je m'explique le fait de Bérard dans lequel un homme qui avait eu les lobes antérieurs détruits par une balle a pu venir à pied à l'hôpital et raconter l'accident dont il avait été victime.

M. Leven objecte à M. Broca le fait de M. Lélut dans lequel l'aphémie n'a pu être expliquée que par une destruction du lobe occipital.

M. Broca : il ne faut pas tenir compte de ces faits. Je crois qu'il faut les considérer comme incomplets; car il n'est pas dit dans l'observation que M. Lélut ait examiné les circonvolutions frontales, et il m'est arrivé trois fois de trouver en ce point des lésions qui avaient échappé à d'autres.

M. Guéniot présente les poumons d'un enfant qui, lors de sa naissance, offrait les phénomènes suivants :

Cet enfant était très faible; il poussait incessamment des cris plaintifs monotones, et ne pouvait ni téter ni avaler.

Les deux poumons présentent la lésion suivante :

Le tissu des deux lobes inférieurs est dense, compacte, d'un brun rougeâtre, et cependant s'est laissé insuffler. Il y avait en outre un emphysème inter-lobulaire très-manifeste.

M. Guéniot pense que cette pièce est un exemple de pneumonie congénitale.

M. Brouardel fait remarquer que, d'après l'aspect de ces poumons, et surtout en raison de l'insufflation qui a été possible, il s'agit dans ce cas d'une congestion pulmonaire.

M. Bricheteau : Je ne puis admettre que dans ce cas il y ait

pneumonie; nous avons sous les yeux des poumons atteints de splénisation et de carnification, lésions, qui, comme on le sait, ont été rattachées à la bronchite des petite bronches avec congestion pulmonaire.

Je sais bien que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur de l'insufflation; mais, je crois que, d'après les travaux de Legendre, Bailly, Barthez et Rilliet, la question est jugée, et lorsqu'un poumon peut être insufflé, ce n'est pas de la pneumonie.

M. Cornil. D'après l'examen de pièces semblables, je crois que c'est un exemple de pneumonie catharrhale, dans laquelle on trouve les vésicules pulmonaires remplies de cellules épithéliales et de globules de pus, mais non pas d'exsudats fibreux, ce qui caractérise la pneumonie franche.

V bis. M. Guéniot met sous les yeux de la Société l'appareil pulmonaire d'un enfant qui a succombé, 34 heures après sa naissance, à cet état d'imperfection fonctionnelle qu'on désigne du nom de *faiblesse congénitale*.

Les poumons, dans toute l'étendue de leur lobe inférieur, sont fermes, non crépitants, d'un tissu comme compacte, rouge-brun et tacheté de gris. A la coupe, on peut faire suinter une sérosité sanguinolente; la surface de section ne paraît pas grenue, et des fragments compacts, plongés, dans l'eau, gagnent le fond du vase. Les lobes supérieurs, qui seuls ont respiré, ne présentent pas cette altération, excepté sur le bord postérieur, où elle est encore manifeste. La lésion est plus prononcée dans le poumon droit que dans le poumon gauche. Une pseudo-membrane grise et de nouvelle formation adhère à la face hépatique du premier; et dans le second, le bord antérieur du lobe supérieur offre des vésicules aériennes d'empyème interlobulaire. L'insufflation est impuissante à dilater complètement les lobes inférieurs. Pas de lésion apparente dans le reste de l'appareil pulmonaire.

L'enfant dont il s'agit est né avant terme, vers 8 mois $1/2$ de conception; il était faible, du poids de 2,550 grammes et

portait aux quatre extrémités un doigt surnuméraire. Son cri était aigu, bref, monotome et plaintif, assez analogue à un cri d'oiseau. Il offrait de la tendance au refroidissement, et malgré les excitations diverses que j'exerçai sur lui pour favoriser sa respiration, je ne pus faire changer les caractères du cri; le visage se contractait, la bouche s'ouvrait, la physionomie était bien celle de l'enfant qui veut pleurer, mais la voix n'était ni plus forte ni plus soutenue. La quantité d'air, nécessaire pour l'énergie du cri prolongé d'expiration, paraissait tout-à-fait insuffisante. C'est, sans doute, à cause de cette respiration très incomplète, et de cette faiblesse native qui en dérive, que l'enfant ne voulut ni téter ni même avaler, rejetant le lait qui lui était versé dans la bouche, bien qu'aucun obstacle mécanique ne s'opposât à la déglutition. Le corps offrait comme teinte générale une certaine pâleur, sans cyanose.

Le fait qui précède est évidemment un exemple de l'affection si bien décrite, dans ces derniers temps, sous les noms divers de *pneumonic*, *d'état fatal* à forme congestive, de *splénisation*, etc., etc. Quoique la lésion fût moins avancée, c'est, je pense, également un cas semblable que j'ai présenté à la société dans sa dernière séance, et depuis dix mois j'ai eu l'occasion d'en observer, à la clinique d'accouchement, cinq ou six autres qui tous ont offert la même terminaison. Quelle que soit la nature de cette lésion, qu'il s'agisse de deuxième degré de la pneumonie ou d'une atélectasie avec hyperémie (question souvent difficile à décider, et qui partage encore les observateurs), on peut au moins affirmer que cette affection est des plus meurtrières parmi les nouveau-nés; et si d'une part, les antiphlogistiques doivent être absolument proscrits chez ces petits malades, les moyens ordinaires d'excitation, la flagellation, les frictions, la chaleur artificielle, etc., propres à triompher d'une atélectasie pulmonaire *simple* me semblent, d'autre part, impuissants à guérir l'atélectasie congestionnelle ou carnification pulmonaire. L'insufflation ou la respiration artificielle, malgré les dangers que la coexistence fréquente de l'emphysème avec la lésion principale peut faire redouter, serait peut-être le seul moyen de combattre efficacement la ma-

ladielorsque celle-ci n'est qu'à son début, c'est-à-dire avant que l'hyperhémie n'ait revêtu un caractère inflammatoire ou même n'ait déjà rendu, par son étendue, la mort presque imminente.

8. M. Luyt fait voir une *phlébite de la veine rénale* et donne les détails suivants :

Une femme accouchée depuis deux mois entre à l'hôpital Necker, présentant tous les symptômes généraux d'une tuberculisation manifeste, mais sans aucune manifestation stéthoscopique, puis quelques jours après son entrée, elle est prise brusquement de pneumo-thorax et succombe dans l'asphyxie.

A l'autopsie, on a trouvé, outre le pneumo-thorax dans les deux poumons, surtout à gauche, des foyers gangréneux multiples et en cherchant la cause de cette lésion, on a découvert une dégénérescence graisseuse des reins.

La veine rénale gauche était occupée par un caillot volumineux facile à écraser, terminé en pointe, et il est très probable que ce sont des molécules de ce caillot qui, entraînés par le courant sanguin, ont produit des infarctus dans les poumons, et par suite des foyers gangréneux.

On n'a rien trouvé dans les ramifications de l'artère pulmonaire.

9. M. Rondeau fait voir une *fracture du col de l'astragale* par cause directe. Il s'était produit simultanément une fracture compliquée de la jambe.

Les fractures de l'astragale par cause directe sont très rares, si bien que M. Malgaigne (Traité des fractures et luxations) n'en a rapporté aucun exemple.

14. M. Parmentier fait voir un *cancroïde* développé sur une

cicatrice chez une femme à laquelle M. Demarquay a désarticulé l'épaule l'année dernière pour un cancroïde, développé sur la plaie d'un cautère entretenu depuis vingt-sept ans :

Voici l'histoire de cette malade.

M^{me} M..., âgée de cinquante-sept ans, d'un embonpoint remarquable, paraît jouir d'une excellente santé. Etant enfant, on lui plaça un cautère au bras gauche elle ignore pour quelle raison. Ce cautère fut entretenu jusqu'à l'âge de quinze ans, puis on le laissa cicatriser. Elle ne se rappelle pas avoir eu aucune maladie qu'une fistule lacrymale, qui fut traitée et guérie par M. Robert.

A l'âge de trente ans, comme elle mouchait beaucoup, dit-elle, elle crut devoir se réappliquer son cautère et le plaça à la face interne de la cuisse ; puis, incommodée du siège de son cautère, elle le fit cicatriser pour le remettre au bras, sur la cicatrice même du premier, où elle l'entretint constamment.

A l'âge de cinquante-trois ans, son époque critique, la plaie du cautère devint douloureuse, rouge, s'entoura d'une aréole inflammatoire, augmenta d'étendue et se couvrit de bourgeons fongueux. La malade consulta alors successivement MM. Velpeau, Michon, Gosselin ; la plaie fut cautérisée par le nitrate d'argent, etc., mais n'augmenta pas moins d'étendue.

En juillet 1862, deux ans après le début, M^{me} M... entra à la Maison de santé, service de M. Demarquay ; la plaie, grande comme la paume de la main, fut attaquée avec le chlorure de zinc, puis excisée par un courant galvanique à deux reprises différentes ; la malade quitta la Maison de santé avec une guérison apparente, qui se maintint quelques mois.

Le 24 juillet 1863, elle dut rentrer pour une nouvelle récurrence qui avait détruit la cicatrice, envahi les parties profondes et contracté des adhérences avec l'humérus. Les caustiques furent de nouveau mis en usage sans résultat satisfaisant.

Le 12 novembre, cette production morbide avait pris des proportions énormes, envahi tous les tissus, y compris le squelette ; aucune excision n'étant possible, M. Demarquay se décida à faire la désarticulation scapulo-humérale.

La pièce, avec une observation détaillée, fut présentée à la

Société anatomique par M. Lemoine, interne du service (1). Les ganglions paraissaient sains; la cicatrisation se fit par première intention dans les trois quarts supérieurs de la plaie, et fut complète le 1^{er} janvier 1864. Quelques petits abcès sous-cutanés se formèrent sous la clavicule, donnèrent du pus quelques jours et se cicatrisèrent. Cependant la malade accusait toujours une sensibilité particulière dans les parties profondes de l'aisselle; on n'y sentait que la dureté normale du tissu cicatriciel. C'est ainsi qu'elle quitta la Maison de santé le 24 janvier 1864.

Elle y rentra le 11 avril. A la partie inférieure de la cicatrice linéaire du moignon est une tumeur bosselée, ulcérée, dure, se prolongeant sous le rebord du grand pectoral; elle est le siège d'élancements douloureux.

Le 14, M. Demarquay procéda à l'extirpation de cette tumeur, la circonscrivant dans deux incisions elliptiques verticales; elle se prolongeait dans le creux de l'aisselle, au milieu d'un tissu cellulaire abondant; le bout de l'artère axillaire dut être excisé avec la masse cancéreuse et lié.

La tumeur a été examinée par M. Cornil, qui a donné les détails suivants :

« Cancroïde à cellules pavimenteuses typiques. Les bourgeons de la surface, qui sont à l'œil nu semi-transparents et gris, sont composés de cellules épithéliales pavimenteuses qui affectent la disposition de tubuli glandulaires. Ces acini ne présentent pas de cavité centrale ou lumière en aucun point. Dans leur intérieur, les cellules affectent souvent la disposition concentrique qui caractérise les globes épidermiques. Le tissu environnant est un tissu conjonctif très-peu développé. Les parties centrales de la tumeur sont grises et opaques; on y voit des espèces de petits bourbillons allongés, blancs, comme des larves de petits insectes qui sortent par la pression, et sont constitués par des cellules épithéliales généralement infiltrées de granulations graisseuses. Ce sont aussi les granulations graisseuses qui donnent à ces parties centrales, évidemment

(1) Voir les Bulletins de la Société, 1863.
39^e année 1864, 2^e série, T. IX.

plus anciennes que les bourgeons périphériques, leur coloration opaque. »

De l'ablation de cette tumeur résulta une vaste plaie qui ne tarda pas à se transformer de nouveau en tissu morbide; toutes les parties suspectes furent poursuivies par des applications de pâte de Canquoin. Mais de nouvelles masses cancéreuses se développaient sous chaque eschare et se prolongeaient sous la clavicule, autour de l'apophyse coracoïde. Alors M. Demarquay tenta une nouvelle opération avec le bistouri.

Le 8 juillet, la tumeur, après avoir été découverte par une incision en T, fut disséquée avec soin; la veine et l'artère axillaires, mises à nu, furent liées avant leur section, et toutes les parties malades enlevées scrupuleusement, une fois isolées des tissus sains.

La malade succomba quelques jours après l'opération.

22. Paquet présente un *Kyste hématique des deux ovaires*. La malade sur laquelle a été recueillie cette pièce est une jeune fille de quatorze ans, décédée dans le service de M. Blache, à l'hôpital des Enfants. Née de parents tuberculeux, elle avait été soignée dans le service pour des manifestations de cette diathèse, et en sortit l'année dernière dans un état satisfaisant. Il y a quatre jours on l'amena à la consultation, couchée sur un brancard; elle se plaignait d'une douleur très vive dans le bas ventre, et depuis la veille, elle vomissait sans cesse. Elle mourut dans la nuit qui suivit son entrée. L'autopsie fut faite par mon collègue, René Blache, et sauf la lésion des organes génitaux, elle ne paraît pas offrir d'intérêt bien marqué.

Voici les détails de cette pièce. A la surface on voit sur l'utérus et les ligaments larges des pseudo-membranes, vestiges d'une péritonite partielle. L'ovaire droit incisé nous offre une cavité du volume d'une noix, remplie par un caillot sanguin, dont la ferme consistance et la teinte jaunâtre font soupçonner l'ancienneté. L'ovaire gauche, beaucoup plus volumineux, de

la grosseur d'un œuf de poule nous offre une cavité semblable, remplie également par un caillot d'ancienne date : mais sur la partie latérale de cette poche, s'en trouve une seconde beaucoup plus volumineuse, et remplie d'un caillot de date récente : c'est probablement le développement de ce second kyste qui a occasionné les symptômes graves sus-mentionnés, et la mort.

L'utérus présente des dimensions exagérées. Il a 80 millimètres de hauteur (parois comprises) et 55 millimètres de largeur.

Cet état de l'utérus, joint à la largeur du vagin et à la disparition déjà ancienne de l'hymen, nous fait penser que cette jeune fille s'est adonnée prématurément à des excès vénériens, excès que l'on doit faire entrer en ligne de compte dans l'étiologie des kystes ovariens que la pièce nous présente.

12. M. Barbeau Dubourg fait voir une *tumeur fibreuse de la grande lèvre*, enlevée chez une femme de vingt-quatre ans.

(Voir pour plus amples détails la présentation de cette pièce à la Société de chirurgie, juillet 1864).

13. M. Fortin montre une *tumeur de l'abdomen* et donne les détails suivants (1).

Le 9 mai 1864, entré à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 20, le nommé L..., Julien, sergent de ville, âgé de 40 ans. Cet homme nous dit avoir toujours joui d'une bonne santé et n'avoir jamais été malade. Il y a six ans, il aurait reçu sur la région du foie un coup violent qui l'aurait forcé à garder le lit pendant quelques jours ; alors il n'éprouva que quelques coliques légères, mais il n'a jamais eu d'ictère. Deux ans après cet accident, il remarqua que son ventre devenait

(1) La pièce anatomique et l'observation ont été communiquées à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 27 juillet par M. le D^r Desnos, médecin du bureau central.

tendu et volumineux, sans cependant souffrir. Il se décida alors à entrer à l'hôpital Beaujon, dans le service que dirigeait alors M. le docteur Béhier. Pendant tout le temps qu'il resta sous l'observation de ce médecin, ses fonctions, tant de la vie de relation que celles de la nutrition, se seraient parfaitement accomplies. Après un séjour de quelques semaines, sous l'influence du repos, son état se serait amélioré. Se sentant mieux et croyant pouvoir reprendre ses fonctions d'agent de police, il sollicita son *exeat*, qui lui fut accordé.

Mais quelques mois après sa sortie, L... remarqua que son ventre se développait de nouveau, lentement et sans douleur. Tourmenté de cet accroissement progressif, et inquiet sur sa position, il se présenta, le 9 mai, à la consultation de M. le docteur Sée, qui l'admit dans ses salles. A cette époque, nous le trouvons dans l'état suivant :

L'état général du malade présente un amaigrissement notable ; la figure offre une teinte jaune sub-ictérique ; les yeux sont enfoncés dans leur orbite ; les conjonctives oculaires n'ont pas la couleur propre aux ictériques. Le ventre est volumineux, avec une déformation semblable à celle que l'on observe dans le kyste multiloculaire des ovaires ; les veines sous-cutanées abdominales ne sont pas dilatées ; au toucher, le ventre est indolent, dur, tendu, résistant ; au-dessus de la crête iliaque droite existe un point où la fluctuation semble manifeste. A la percussion, on constate une matité absolue, fixe, quelle que position que l'on fasse prendre au malade. Ces changements de position n'occasionnent aucune douleur. Pas de toux, ni de point de côté ; le foie ne paraît point avoir diminué ni augmenté de volume ; l'appétit est conservé ; pas de douleurs dans la région lombaire ; les selles sont normales ; rien du côté de la vessie ; les urines ne renferment pas d'albumine ; pas de lésion du côté du cœur ; pas de gonflement des pieds ou des mains ; seulement le malade éprouve de la dyspnée quand il a marché ou qu'il monte un escalier.

M. Sée porte ce diagnostic : kyste abdominal.

Le malade fut soumis au repos, et jusqu'au 16 mai rien de saillant ne se présenta dans son état ; la tumeur resta stationnaire.

Le 17, la dyspnée ayant augmenté, une ponction est pratiquée à droite, dans le point où la fluctuation semble manifeste; elle donne issue à 7 litres environ d'un liquide de couleur rouge-brun, se rapprochant de celle du chocolat. Au point de vue chimique et microscopique, ce liquide renferme des globules sanguins et une grande quantité de fibrine.

Du 17 mai au 30 juin, à cause de la dyspnée qui se présentait fréquemment, trois ponctions furent successivement pratiquées qui donnèrent issue à un liquide moins abondant, mais toujours identique à celui de la première ponction. Le malade en obtint chaque fois du soulagement; mais l'état général devint moins satisfaisant, et l'amaigrissement fit des progrès rapides; en même temps l'appétit diminua, et la teinte jaune de la peau devint plus manifeste.

Le 7 juillet, le malade se plaignit de mal à la gorge; l'examen du pharynx permit de constater un point sphacélé sur la luette (angine gangréneuse). De plus, on constate un œdème des membres inférieurs.

Ce fut alors que M. Desnos remplaça M. Sée, et, après un examen approfondi, crut ou à une tumeur cancéreuse de l'épilon, ou à un kyste du petit bassin.

12 juillet. — Le ventre se développe de plus en plus; l'état général est peu satisfaisant. Les garde-robes du malade sont mêlées à une quantité de sang assez considérable.

14 juillet. — Nouvelle hémorrhagie intestinale, mais plus abondante; le malade est excessivement faible. Tout fait présager une fin funeste qui arrive le lendemain.

L'autopsie fut pratiquée le 17 suivant. — Les parois abdominales incisées, on trouve une tumeur occupant la région ombilicale, les flancs, la zone hypogastrique et les fosses iliaques, limitée en haut au niveau des dernières côtes, s'étendant en bas jusque dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum. Mesurée, après macération dans l'alcool étendu, elle donne les dimensions suivantes :

Longueur..... 19 centimètres.

Largeur.....de 10 à 12 centimètres.

Épaisseur.....de 3 à 5 cent., suivant différents points.

Circonférence... 27 centimètres.

Les rapports de la tumeur sont :

En avant, avec la paroi abdominale à laquelle elle n'adhère nullement. L'épiploon passe librement au devant de la paroi antérieure de la tumeur, dans une étendue de trois travers de doigt ; puis elle semble se confondre peu à peu avec elle.

En arrière, avec l'intestin grêle qu'elle refoule en même temps en haut, sans leur adhérer.

A gauche, avec le colon descendant auquel elle adhère intimement.

A droite, avec le colon ascendant ; pas d'adhérence.

En haut, avec le colon transverse ; adhérence intime.

En bas, la tumeur s'enfonce dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, et leur adhère.

La tumeur est aplatie un peu ; en certains points elle est molle et vasculaire, mais, dans la plus grande partie de son étendue, elle est épaisse et comme fibreuse. — A sa face extérieure, on voit des sillons qui ne correspondent pas à des lésions intérieures, mais qui semblent correspondre à des points de la paroi abdominale où la tumeur s'est développée plus librement ; elle est bosselée en certains points surtout, et représente l'aspect du tissu encéphaloïde ; dans d'autres points elle est lisse et comme séreuse. — En incisant la tumeur dans toute son épaisseur, qui n'est pas la même partout, on trouve un tissu analogue au tissu cancéreux.

Dans l'intérieur de cette tumeur, une cavité dont les parois sont tomenteuses, et qui renferme des dépôts considérables de fibrine formant un magma assez mou, de couleur rouge-brun ; déchiré ou incisé, l'un de ces dépôts est blanc dans son centre et rouge-brun à l'extérieur. — Sur la paroi antérieure du kyste, l'épiploon passe librement et sans y adhérer, mais dans un espace de trois travers de doigt seulement, puis il se confond entièrement avec elle et ne peut en être séparé.

Les anses d'intestin qui adhèrent à la tumeur ne communiquent pas avec la cavité de la tumeur.

Tous les organes internes ont été successivement examinés. L'intestin n'est que refoulé vers la colonne vertébrale ; le mésentère et ses ganglions, les reins, les urètres, la rate, le pancréas, la vésicule biliaire, la prostate, le rectum, la vessie,

sont sains; des adhérences ci-dessus mentionnées seules existent. Sauf le foie qui offrait l'aspect grasseux, rien d'anormal n'a été trouvé.

L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait.

14. M. Potain met sous les yeux de la société un exemple d'hémorragie méningée survenue chez un homme adonné à des habitudes alcooliques. A l'autopsie on a trouvé des lésions des deux côtés du cerveau.

L'hémisphère gauche était aplati et présentait une teinte jaunâtre.

A droite, la face interne de la dure mère est parsemée de nombreux foyers hémorragiques entourés par une membrane mince, qui comprend dans son épaisseur les foyers hémorragiques.

Au-dessous de cette membrane la dure mère paraît saine; dans ces néo-membranes M. Potain a trouvé à l'examen microscopique de la fibrine, des faisceaux du tissu conjonctif, des globules de sang altéré, de la matière colorante du sang, des vaisseaux sanguins.

A gauche se voient des lésions analogues, mais d'une date plus ancienne. De ce côté la néo-membrane composée de deux feuillets forme un sac complet; sa structure est la même qu'à droite; mais le développement est plus marqué.

TUMEUR TUBERCULEUSE DU LOBE GAUCHE DU CERVELET SANS TUBERCULISATION GÉNÉRALISÉE. — HYDROCÉPHALIE VENTRICULAIRE CONSÉCUTIVE. — MORT. — AUTOPSIE, par M. ROBERTET, interne des hôpitaux.

Le nommé Jambon, Paul Clément, âgé de quatre ans, était entré à l'hôpital des enfants pour une ophthalmie, dans le courant du mois de novembre 1863. A la fin du mois de décembre, il fut pris tout-à-coup de convulsions, de vomissements, avec pleurs et cris : le 31 décembre il passe dans le

service de M. le docteur Roger, Salle St Louis, n° 5. Voici ce que l'on constate à son arrivée.

C'est un enfant gras, d'assez belle apparence, actuellement guéri de son ophthalmie. Les pupilles sont inégalement dilatées; la droite est large, immobile; la respiration est normale : le pouls à 100, régulier : la langue sans enduit, ni rougeur. Quelques vomissements surviennent de temps en temps. La face est pâle.

Subitement l'enfant pousse des cris, pleure et se plaint de la tête, en y portant la main. Le crâne paraît développé relativement à l'âge du sujet, le front est remarquablement saillant.

Dans les jours qui suivent son arrivée, le pouls perd de sa fréquence, tombe à 84, devient irrégulier. Les pleurs, les cris et les vomissements continuent. On observe que la station debout est possible; mais que la marche est chancelante, incertaine.

L'enfant est soumis à l'usage de 0,05 de calomelen 10 paquets chaque jour.

Le 6 janvier. La céphalalgie et les vomissements ont disparu. La gaieté revient : l'enfant mange, joue, parle et chante, comme s'il se portait bien.

L'ophtalmoscope révèle un gonflement marqué des veines rétinienne et une diffusion des deux papilles.

Une série de crises semblables, caractérisées par de la mausaderie, des pleurs, une céphalalgie arrachant des cris, des vomissements, se répète pendant le mois de janvier, durant deux ou trois jours, chacune étant séparée par de courts intervalles pendant lesquels l'enfant reprend sa bonne humeur.

Février. Une attaque congestive plus prolongée que les précédentes se déclare au commencement de février : les cris sont plus violents, surtout la nuit; l'abattement plus profond, les vomissements plus répétés. Elle ne cesse que vers le 18 février. A la suite, le regard devient étonné, errant, hagard, bien que l'enfant reconnaisse les objets qu'on lui présente; les conjonctives, sont très-sensibles. Les mouvements volontaires sont conservés; il n'y a nulle part d'anesthésie : mais la marche est de plus en plus difficile : lorsqu'on pose l'enfant à terre, il refuse de se tenir debout, s'affaisse sur lui-

même, et se rejette en arrière; attitude qu'il faut plutôt rapporter à sa mauvaise volonté qu'à une tendance au recul. Il n'y a pas d'altération notable de l'intelligence.

Mars. Le 21 mars, nouvelle céphalalgie avec vomissements, hallucinations. Les réponses sont lentes, pénibles. Dilatation des pupilles, regard amaurotique : à l'ophthalmoscope atrophie avancée de la papille droite, commençante de la gauche; cependant l'amaurose n'est pas complète.

Avril. On s'aperçoit que la tête grossit progressivement aux bonnets de plus en plus grands qui deviennent nécessaires pour la recouvrir.

Cécité complète. M. Wecker constate la marche croissante de l'atrophie papillaire, surtout dans l'œil droit.

L'intelligence est conservée. L'enfant remue ses membres dans son lit; mais ne peut se tenir ni debout, ni assis.

Il y a un amaigrissement considérable du corps contrastant avec le développement de la tête.

Mai. Troubles fonctionnels sensoriaux :

Insensibilité de la cornée et de la conjonctive oculaire : on peut promener le doigt à la surface de l'œil en ne déterminant qu'un léger clignement.

Le goût et l'odorat semblent abolis : l'enfant n'a pas conscience des divers aliments qu'il mange.

L'ouïe reste intacte.

La sensibilité cutanée est conservée à la face, comme sur les membres.

Juin. L'intelligence devient obtuse; la parole lente et difficile; les mains sont agitées de tremblements lorsqu'elles saisissent un objet.

Les cris et les plaintes ont complètement cessé pour faire place à un air de tristesse et d'abattement continu.

Juillet. La mensuration du crâne donne en circonférence :

De la protubér. occipitale aux bosses frontales : 0 mèt. 035 c.

De la protubérance, à l'épine nasale : 0 mèt. 035 c.

Le 20 juillet, l'abattement augmente, avec sub-delirium, la respiration s'embarrasse : il y a de la rétention d'urine, des fèces; le ventre se ballonne.

Il s'établit un état semi-comateux permanent, avec prolapsus de la paupière supérieure gauche.

Mort le 24 juillet 1864.

Autopsie. (30 heures après la mort).

Tête volumineuse, développée surtout dans sa portion occipitale.

Crâne peu épais. Fontanelles ossifiées, sauf l'antérieure en un point très limité. Sutures de la voûte encore membranées : mais sans disjonction des os.

Dure-mère saine extérieurement.

Très peu de liquide dans la cavité arachnoïdienne.

La pie mère, qui recouvre les hémisphères cérébraux est infiltrée, d'une teinte louche, légèrement lactescente.

Circonvolutions cérébrales larges et aplaties. Substance nerveuse des hémisphères de consistance et de coloration normales.

Ventricules latéraux très dilatés, contenant environ 300 grammes d'une sérosité parfaitement limpide et incolore.

Adhérence intime du lobe gauche du cervelet à la dure-mère, qui tapisse la fosse correspondante.

La presque totalité de la face inférieure de ce lobe, c'est-à-dire des $\frac{3}{4}$ postéro-externes jusqu'à la circonférence, est occupée par une masse tuberculeuse arrondie, jaune, de consistance molle, du volume d'un petit œuf. Les pédoncules cérébelleux et le vermis inférieur ne sont pas envahis ; mais les lamelles adjacentes à la tumeur sont larges, écartées, ramollies.

La masse tuberculeuse plonge profondément dans l'épaisseur du lobe cérébelleux ; et une portion reste adhérente à la dure-mère, lors de l'ablation de l'encéphale.

Il existe quelques traces de méningite récente, avec production plastique, dans l'espace interpédonculaire : ni en ce point, ni ailleurs il n'y a traces de granulations ou de tubercules agrégés.

Les poumons très fortement congestionnés, surtout en arrière, ne renferment pas de tubercules. Un seul ganglion bronchique est converti en une masse tuberculeuse à l'état de crudité.

ACÉPHALOCYSTES DU FOIE ET DU POU MON DROIT. 315

Rétention d'urine dans la vessie, qui est amincie et très dilatée.

Accumulation de matières fécales dures dans le rectum, l'S iliaque, et jusque dans le colon transverse.

Rien ailleurs.

ACÉPHALOCYSTES DU FOIE ET DU POU MON DROIT. — DOUBLE PLEURÉSIE. — PÉRICARDITE. — MORT. — AUTOPSIE. Observation, par M. J. BESNIER, interne des hôpitaux).

Le nommé Louis Poirson, âgé de vingt-huit ans, couvreur, entre le 25 juin, dans le service de M. Lorain, n° 5, salle Saint-Antoine. Il raconte qu'il jouit habituellement d'une bonne santé, mais que cependant, il y a un an, il a eu une fluxion de poitrine du côté droit; et que, il y a trois mois, il a été atteint pour la première fois d'une jaunisse, qui a duré trois semaines. Pas d'antécédents tuberculeux; pas d'excès alcooliques, surtout depuis sa jaunisse; régime ordinaire aux ouvriers; jamais de chute, ni de coups sur la région hépatique. Lors de son entrée, il se plaint d'une douleur vive à la région hépatique; il a des vomissements fréquents; sa peau offre une teinte ictérique très prononcée. Ces accidents se seraient présentés brusquement, sans cause appréciable, il y a deux jours seulement; et auraient débuté par la douleur; l'ictère n'étant survenu que le lendemain. Antérieurement, il n'aurait jamais rien éprouvé du côté du foie, ni douleur, ni pesanteur à l'hypochondre; il présente l'état suivant :

Teinte ictérique très intense à la face, aux conjonctives surtout; moins foncée sur le reste du corps. Faciès un peu anxieux, pas d'amaigrissement.

Douleur très vive dans l'hypochondre droit, continue, mais offrant des paroxysmes violents, et assez fréquents. La percussion de la région est douloureuse, et dénote une matité qui remonte en avant un peu au dessus du sein, et en arrière jusqu'à la cinquième côte. Au-dessous des fausses côtes on ne sent pas le foie; le creux épigastrique est parfaitement conservé.

Langue jaunâtre, inappétence, vomissements bilieux, abondants, se répétant au moment de l'exacerbation des douleurs, selles normales peu colorées.

Pas de troubles du côté de la respiration.

Un peu de chaleur à la peau, pouls assez fréquent (15 ventouses sèches, léger purgatif).

Cet état du malade, qui avait porté à admettre l'existence des calculs biliaires, persiste pendant quelques jours sans grande modification; la douleur dans l'hypochondre droit, devient un peu moins vive, et n'offre plus de paroxysmes; les vomissements s'arrêtent. Mais la teinte ictérique persiste au même degré; la douleur, continue et sourde, s'étend du côté du creux épigastrique qui s'efface peu à peu, et est remplacé par une légère tuméfaction, au niveau de laquelle la palpation est douloureuse. On n'y sent pas de fluctuation; la percussion y dénote une matité considérable, sans frémissement hydatique.

Lé 2 juillet, (8 jours après le début des accidents), le malade est pris de légers frissons, qui se répètent les jours suivants, et sont suivis d'un mouvement fébrile intense: chaleur vive à la peau, pouls de 95 à 100 pulsations; abattement profond. Ces symptômes généraux font craindre la formation de pus soit autour d'un calcul, soit plutôt dans un kyste du foie, (sulfate de quinine). Bientôt de nouveaux accidents viennent confirmer ces craintes, et aggraver l'état du malade.

Le 8 juillet, la respiration, accélérée et pénible depuis quelques jours, est plus gênée: douleur vive dans le côté droit de la poitrine, qui est comme immobilisée de ce côté; toux fréquente, suivie d'une expectoration muco-purulente; matité en arrière à droite, remontant jusqu'au tiers supérieur; vibrations thoraciques conservées; souffle intense, avec quelques gros râles dans l'inspiration, rien de semblable à gauche. En avant sonorité et respiration normales.

Le 12 juillet, irrégularité très grande du pouls et des battements du cœur, douleur à la région cardiaque, où l'auscultation permet de percevoir un bruit de frottement péricardique très net et très fort. Du côté gauche de la poitrine sous l'aiselle: matité, frottements pleuraux très manifestes, même à

la palpation ; en arrière de ce côté, matité dans les trois quarts inférieurs et absence de respiration, (ventouses scarifiées à la région cardiaque).

Le 14 juillet, à ces accidents se joignent dans les bourses du côté droit, une douleur assez vive avec gonflement, rougeur et sensation de fluctuation ; rien de notable du côté du ventre, qui est souple et non douloureux, dans toute la partie inférieure.

Le 16 juillet même état des organes pulmonaires ; respiration très pénible, très accélérée. Battements du cœur, irréguliers, sourds et éloignés, sans bruit de frottement ; matité exagérée à la région cardiaque, qui est moins douloureuse, persistance de la douleur à la région hépatique ; gonflement très notable du creux épigastrique, sans fluctuation, ni frémissement hydatique, ictère toujours très intense. Chaleur très grande à la peau, pouls fréquent et irrégulier, faciès très anxieux, et abattu ; amaigrissement notable, prostration des forces considérable.

Le 17 juillet, apparition d'un œdème mou et dépressible avec plus de rougeur sur le côté droit, depuis les trois ou quatre dernières côtes jusqu'à la hanche, pas de fluctuation.

Le 18 juillet aggravation de plus en plus grande de l'état du malade, qui finit par succomber le 19 juillet.

L'autopsie est pratiquée 28 heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve dans la séreuse péritonéale un épanchement citrin, peu abondant dans le petit bassin, avec quelques fausses membranes flottantes, dans la tunique vaginale droite, même épanchement, avec quelques fausses membranes rougeâtres au niveau de l'épididyme. Pas d'épanchement purulent, ni d'adhérences intestinales ; rien d'anormal du côté de la rate, ni des reins.

Le foie est volumineux, très irrégulier, couvert de fausses membranes qui le font adhérer à la paroi abdominale et au diaphragme. A gauche, où il est considérablement augmenté de volume, il offre une poche fluctuante, enfoncée sous les fausses côtes de ce côté, et arrivant à peine au creux épigastrique, bien qu'elle soit considérable ; à l'ouverture de cette poche il s'écoule un liquide purulent très abondant, contenant des

feuillet nombreux d'hydatides, et quelques rares acéphalocystes intacts. Les parois sont anfractueuses, sans kyste adventif, et formées par le parenchyme hépatique, sur lequel les vaisseaux forment un relief noirâtre. Ces kystes occupent le lobe gauche du foie, comprimant en arrière le lobe de Spigel, et en avant le canal cystique dévié de sa direction. Le lobe droit, également très-augmenté de volume, présente à la coupe des teintes variées, tantôt jaunâtres et tantôt violacées; de plus, les canaux biliaires très dilatés présentent sur leur trajet des renflements ampulliformes, très marqués, simulant au premier abord de petits kystes biliaires; ces petites cavités sont remplies d'une bile jaunâtre, épaisse, dans laquelle on rencontre de petits cristaux de cholestérine. La vésicule biliaire complètement ramenée sur elle-même, ne contient pas de bile, offre une coloration blanchâtre; au-dessus du foie le péritoine est très épaissi, très adhérent à cet organe dans toute son étendue; d'un côté à l'autre, et au-dessus de cette première couche adhérente du foie se retrouve une seconde, entre elle et le diaphragme, formée par une nappe purulente, en partie liquide et en partie formée par du pus concret; à droite elle gagne la paroi profonde de l'abdomen, au niveau de l'œdème noté de ce côté.

Le diaphragme est intact du côté gauche; mais à droite, il est perforé, et en détachant les fausses membranes de ce côté on tombe dans une cavité, qui occupe la base du poumon droit, et d'où s'échappe une certaine quantité de pus et des débris d'hydatides. Cette cavité est anfractueuse, d'une coloration noirâtre, offrant de nombreuses saillies formées par les vaisseaux et les bronches, dont quelques-unes viennent s'y ouvrir largement. Le tissu pulmonaire environnant est resté très condensé. Toute la base du poumon droit adhère fortement au diaphragme, au-dessus dans ses trois quarts supérieurs, le poumon redevient souple et crépitant. Dans la plèvre de ce côté se trouve un épanchement citrin, très foncé, de 5 à 600 grammes; et quelques fausses membranes. Dans la plèvre gauche, même épanchement aussi abondant; le poumon de ce côté est souple et crépitant dans toute son étendue; à sa surface est un dépôt léger de fausses membranes rugueuses; en bas adhérences

RÉTRACTION SPASMODIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS. 349

avec le diaphragme, établies par des fausses membranes rugueuses, faciles à déchirer.

Dans le péricarde, épanchement d'un liquide analogue à celui des plèvres, de 300 grammes environ; fausses membranes rugueuses, en langue de chat, tant sur le feuillet pariétal, que sur le feuillet viscéral du péricarde.

Rien d'anormal dans les cavités du cœur, ni à ses orifices.

RÉTRACTION SPASMODIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS. — COLIQUE HÉPATIQUE. — ACCIDENTS CHOLÉRIFORMES. — MORT. — AUTOPSIE. — TUMEUR ÉPITHÉLIALE DE LA DURE-MÈRE. — RACHITISME. — Observation par M. LACROUSILLE, interne des hôpitaux.

Panigeon (Marie-Anne), âgée de soixante-trois ans.

Cette femme donne les renseignements suivants : Bien portante dans son enfance, elle a été prise, de quinze à vingt-quatre ans, d'accès assez mal définis pendant lesquels elle devenait bleue. Ces accès n'avaient rien de fixe dans leur retour; parfois un intervalle de plusieurs mois les séparait; d'autres fois, au contraire, ils se manifestaient pendant plusieurs jours de suite.

A trente-un ans, elle a eu une entérite qui a duré six mois, et à l'âge de quarante-huit ans, à la suite d'une frayeur, elle fut prise d'un violent mal de tête qui persista six semaines, et auquel succédèrent des douleurs dans la hanche gauche, ainsi qu'une faiblesse assez prononcée des deux membres inférieurs. Bientôt survinrent des douleurs dans les régions lombaires et sacrées des deux côtés. C'est en 1849 que la malade entra pour la première fois à l'hôpital; elle en sortit au bout d'un an. Elle y rentra de nouveau à deux reprises différentes, et vint définitivement en 1857 à la Salpêtrière.

A cette époque, la marche se faisait encore, quoique difficilement, avec deux béquilles; mais l'affaiblissement augmenta progressivement, et depuis quatre ans, au moment de son entrée à l'infirmerie (mars 1862), la malade n'a pas quitté

son fauteuil ou son lit. Depuis dix-huit mois ou deux ans, les membres inférieurs se fléchissent involontairement, et restent le plus souvent dans la flexion permanente.

Dès le début de son affection, elle a éprouvé dans les membres inférieurs des fourmillements avec des sensations de chaud et de froid.

Depuis six à sept mois, elle éprouve dans les deux jambes des tremblements qui ont ensuite atteint les bras et le cou. Depuis le 11 mars, douleurs fréquentes dans les jambes, qui sont dans la demi-flexion, sans qu'on puisse les étendre, sans que la malade le puisse elle-même sous l'influence de la volonté; et parfois cependant ces membres inférieurs s'étendent d'eux-mêmes sans que la volonté de la malade intervienne. Ce sont, en définitive, des mouvements d'extension entièrement sous l'influence de l'action réflexe; mais cette extension n'est que passagère, et bientôt on voit la flexion se reproduire.

Il existe dans les membres fléchis des tiraillements très douloureux: de temps à autre, parfois toutes les cinq minutes, ces tiraillements douloureux se manifestent et coïncident avec des mouvements brusques de flexion.

Ajoutons que la sensibilité musculaire est très affaiblie, et que la malade, qui a rarement conscience de la situation de ses pieds, est dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher.

4 avril. La malade, dont les douleurs dans les membres et les régions lombaires et sacrées sont toujours très vives, se présente dans le décubitus dorsal; les cuisses sont à demi fléchies sur le bassin: la jambe gauche sur la cuisse à angle aigu, la droite à demi fléchie.

Si la malade fait des mouvements pour changer de position, ils retentissent dans la région lombaire et les membres inférieurs par des douleurs assez vives, qui sont beaucoup plus marquées dans le membre inférieur droit.

La malade est toujours dans l'impossibilité d'étendre ou de fléchir davantage ses membres sous l'influence de sa volonté. La sensibilité cutanée est intacte, non exagérée; et on voit des mouvements réflexes très marqués se manifester à la suite du chatouillement de la plante des pieds. Il paraît y avoir encore

RÉTRACTION SPASMODIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS. 321

une conscience, mais très imparfaite, des mouvements réflexes de flexion qui se font dans les membres.

De temps en temps, on peut remarquer du tremblement dans les membres inférieurs et supérieurs, surtout dans le supérieur du côté droit. Point de faiblesse cependant, ni d'anesthésie des membres supérieurs.

Joignons à cela une rétention d'urine qui remonte déjà à un temps assez éloigné, une constipation habituelle, une expression permanente de douleur dans la face, des nuits fréquentes d'insomnie, et nous aurons à peu près le tableau des symptômes qu'on a pu observer.

Sous l'influence d'une médication narcotique à haute dose, on a pu voir un instant les douleurs moins vives, les contractions spasmodiques moins intenses, moins fréquentes; mais ce n'était qu'une amélioration passagère, et le malade est revenu bientôt à son état antérieur de souffrance.

Le 1^{er} mai, on donne deux pilules de nitrate d'argent de un centigramme.

Le 7 juin, la malade, malgré des douleurs violentes dont elle souffre depuis dix jours, pour la première fois depuis quatre ans peut se tenir debout un instant, à trois reprises différentes en s'appuyant avec les mains; le 8 elle a pu aussi se tenir debout un instant.

On supprime les pilules et on observe un peu d'amélioration, mais elle ne persiste pas longtemps. Car le 7 juillet elle est prise de douleurs très violentes dans le bas-ventre et les cuisses, surtout la gauche, avec exagération de la rétraction spasmodique.

Le 9 décembre 1862, la malade éprouve toujours des douleurs très vives dans les membres inférieurs.

4 mars 1864, on ne trouve rien dans l'urine soit par la chaleur, soit par l'acide nitrique.

Depuis un an environ, la malade n'a plus que rarement de ces contractions spasmodiques et garde assez facilement les jambes étendues. A cause du frottement de ses genoux l'un contre l'autre, résultant de sa paraplégie, elle porte deux genouillères.

On a omis dans ces derniers temps d'examiner la sensibilité.

Le 30 juin, dans la soirée, la malade a été prise de douleurs violentes dans la région du foie et dans le creux épigastrique, sans fièvre, mais avec des vomissements bilieux considérables. Les vomissements se sont montrés plusieurs fois, dans la nuit, et le lendemain apparition d'un ictère. On diagnostique une colique hépatique.

4 juillet, la malade la veille allait assez bien. A la visite ce matin on la trouve considérablement affaissée. Elle se plaint toujours de douleurs très vives dans les membres; la région hépatique et le creux de l'estomac. Elle a très soif, le poulx est petit, la peau fraîche, les extrémités, la langue, le nez sont froids. Dans la nuit, cette malade, nous dit-on, a été prise de selles et de vomissements bilieux très abondants. Nous n'avons pu les voir. Quoi qu'il en soit, notre malade n'a présenté ni asphyxie ni crampes. On n'a pu constater s'il y a eu suppression d'urine.

5 juillet, la malade meurt à une heure du matin.

Autopsie, cavité crânienne, adhérence très forte de la dure-mère dans toute son étendue avec les os du crâne, ce qui rend la calotte très difficile à enlever. Cette adhérence est plus prononcée à la partie située en arrière du trou occipital.

Pas de néo-membranes ni de tumeurs de la dure-mère; caillot fibrineux dans le sinus latéral droit.

Artères de la base du crâne légèrement athéromateuses.

Cerveau 1370 grammes, aucune lésion apparente extérieurement. Point de lésion de la substance blanche des hémisphères des corps striés, des couches optiques de la protubérance, du bulbe. Toutes ces parties ont leur consistance normale.

Nerfs crâniens sans lésion.

Moelle, la moelle enlevée du canal rachidien avec ses membranes, présente à sa face antérieure, immédiatement au-dessus du renflement lombaire une tumeur d'une certaine mollesse, et mal définie dans ses dimensions longitudinales. Mais si on ouvre la dure-mère longitudinalement par sa face antérieure, on constate l'existence d'une tumeur ovoïde de trois

RÉTRACTION SPASMODIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS. 323

centimètre de long sur un demi centimètre de large environ. Cette tumeur, qui se continue avec la surface interne de la dure-mère, est constituée extérieurement par une membrane blanchâtre, de consistance et d'apparence fibreuses, fortement vascularisée et sans adhérence aucune avec la surface de la moelle. Cette tumeur est à trois centimètres et demi environ au-dessus du renflement lombaire. Elle est sénile, et implantée par une surface dont les diamètres égalent les dimensions données plus haut, sur la partie droite et antérieure de la dure-mère.

Au point correspondant, la moelle est aplatie, et offre un volume à peu près analogue à celui d'une plume d'oie. Cette partie est presque exclusivement constituée par les membranes de la moelle, plissées, revenues sur elles-mêmes, et entre lesquelles paraissent passer fort peu de fibres nerveuses.

A l'extrémité inférieure de son long diamètre qui, est parallèle à l'axe longitudinal de la moelle, il existe une déchirure par laquelle s'écoule une matière pulpeuse blanchâtre.

Au microscope, on trouve dans cette substance des cellules épithéliales plus ou moins déformées. On en trouve un certain nombre emboîtées les unes dans les autres et formant des couches concentriques. Elles forment ainsi de petites masses connues sous le nom de globes épithéliaux. C'est absolument ce qu'on trouve dans beaucoup de tumeurs de la dure-mère crânienne, ou tumeurs épithéliales qui constituent un des groupes le plus nombreux des tumeurs de cette membrane.

La moelle dépouillée de ses enveloppes ne présente pas d'altération évidente des faisceaux à l'œil nu.

Je noterai en passant que les ganglions spinaux des racines nerveuses situées au-dessous de l'endroit où porte la compression sont très volumineuses.

Cavité thoracique. Poumon droit. Adhérences filamenteuses du sommet de ce poumon avec la plèvre pariétale. Emphysème généralisé. Au sommet, cicatrice foncée avec épaississement de la plèvre. Pneumonie chronique et petit tubercule au milieu de cette pneumonie, du reste assez limitée.

Poumon gauche; rien autre chose que de l'emphysème.

Cœur. Volume normal; caillots de sang noir non poisseux.

dans les cavités droites et gauches. Orifice aortique sans rétrécissement, sans insuffisance. Mais épaississement cartilagineux des valvules aortiques principalement marqué vers la partie adhérente des valvules. Point de lésions de l'aorte.

Cavité abdominale. Adhérences anciennes du grand épiploon avec le péritoine pariétal ; indices d'une péritonite qui a pu faire croire à une tumeur de la fosse iliaque droite. (La malade est entrée à l'hôpital en 1852, pour une tumeur de la fosse iliaque droite).

Pas de liquide dans le péritoine.

Foie volumineux, congestionné, grassex.

Conduits biliaires dilatés. Vésicule revenue sur elle-même rétractée. Petit calcul allongé, engagé dans le canal cholédoque.

Reins, utérus et annexes sans lésions.

Tube digestif ; le tube digestif et l'estomac en particulier, contiennent en assez grande quantité un liquide bilieux. L'estomac n'offre aucune lésion apparente ; de même pour la moitié environ de l'intestin grêle. Quant à sa dernière moitié, ainsi que le gros intestin, ils offrent de petites taches blanches de la grosseur d'une tête d'épingle pour la plupart, au centre desquelles se trouve un petit point déprimé, noirâtre, et qui est l'orifice des glandes du tube digestif. D'autres sont plus volumineuses, mais elles offrent encore le point déprimé au centre. Ces taches sont plus confluentes dans le gros intestin, dans toute l'étendue duquel on les retrouve.

RAPPORT DE M. BOUCHARD.

Cette présentation semble offrir au point de vue de l'histoire des paraplégies, et même de la physiologie de la moelle, une importance considérable.

Il s'agissait d'une tumeur de l'arachnoïde rachidienne ayant comprimé la moelle au-dessus du renflement lombaire et déterminé une paraplégie dont les premiers symptômes remontaient à treize années et qui depuis quatre ans avait amené une abolition complète des fonctions des membres inférieurs ; cette paraplégie, à marche lente et progressive, avait été mar-

RÉTRACTION SPASMODIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS. 325

quée d'abord par des douleurs lombaires et sacrées coïncidant avec un affaiblissement graduel des membres inférieurs, avec sensations vagues de froid et de chaud dans les parties paralysées. Quand la volonté eut perdu tout empire sur les muscles des membres inférieurs, leur sensibilité tactile était encore à peu près intacte; la sensibilité douloureuse persistait; et, de plus, les mouvements réflexes étaient exagérés; souvent même des mouvements spontanés spasmodiques accompagnés d'une sensation de tiraillement douloureux agitaient les parties malades sans que la volonté pût les modifier en aucune façon.

Enfin à ces symptômes n'avait pas tardé de s'en joindre un autre, qui ne fait défaut dans aucun cas de compression un peu considérable de la moelle au-dessus du renflement lombaire, je veux parler de la contracture permanente. C'était un état tétanique de tous les muscles paralysés avec prédominance de la flexion et de l'adduction, d'où résultait une pression des genoux l'un contre l'autre, telle qu'on avait été obligé d'interposer des genouillères pour empêcher la production d'une escarre. D'ailleurs, cet état de contracture était quelquefois interrompu momentanément par des mouvements spasmodiques douloureux spontanés ou réflexes, qui étendaient les membres pour un instant; mais la contracture ne tardait pas à reprendre le dessus et les replaçait dans leur position accoutumée.

Cette femme a succombé brusquement à l'âge de soixante-trois ans avec tous les symptômes du choléra dont vous avez pu constater l'une des lésions anatomiques. M. Lacrouille, en effet, a insisté dans sa présentation sur un état de sporentérie très manifeste, limitée à la dernière portion de l'iléon.

Dans l'étude que je dois faire de ces pièces pathologiques, je m'occuperai d'abord de la tumeur en elle-même, puis j'examinerai les lésions secondaires qu'elle a produites dans la moelle, lésions auxquelles doivent être rapportés les symptômes dont j'ai fait l'exposé sommaire.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon appliquée à la face antérieure et latérale gauche de mal oelle, était coiffée de

l'arachnoïde pariétale qui lui formait une enveloppe presque complète; elle était en rapport par une surface très limitée avec la face interne de la dure-mère dont on pouvait la détacher très facilement.

Son tissu gris rosé était mou, pulpeux, et avait la plus grande analogie d'aspect et de consistance avec la substance grise cérébrale. A ces différents points de vue, cette tumeur doit être rapprochée de celles qui ont été figurées dans l'atlas d'anatomie pathologique de M. le professeur Cruveilhier à l'article paralysie. Quelque temps après cette publication, un médecin hollandais, Van der Lith, dans un travail intitulé : *Dissertatio anátomo-pathologica de vitiis nervorum organicis*, en publiait un nouvel exemple qu'il croyait unique dans la science qu'il désignait à tort sous le nom de Névrome. Sa description rappelle exactement la tumeur qui vous a été présentée. Ce fait me paraît aussi avoir la plus grande analogie avec quelques cas rapportés dans les Bulletins de la Société anatomique et dans ceux de la Société de Biologie sous le nom de tumeurs encéphaloïdes de la dure-mère rachidienne. Quoi qu'il en soit, il n'existe encore qu'un très petit nombre d'observations de tumeurs de cette nature développées dans l'arachnoïde rachidienne; mais, ainsi que l'avait déjà fait remarquer M. Cruveilhier, elles offrent sous le rapport du point de départ, de la consistance, de l'aspect et aussi de la lenteur avec laquelle elles se développent, la plus grande analogie avec des tumeurs qu'on rencontre beaucoup plus souvent dans l'arachnoïde crânienne. J'ajouterai qu'au point de vue histologique, l'identité est parfaite. J'ai fait l'examen microscopique de cette tumeur, et j'y ai trouvé exactement les mêmes produits que dans divers cas d'épithéliomas de l'arachnoïde crânienne que j'ai eu déjà l'occasion de présenter à la Société.

Ces tumeurs sont remarquables à plus d'un point de vue; mais par suite d'une confusion que je vais indiquer, leur histoire est à peine ébauchée. Il est certain, en effet, qu'elles ont été décrites le plus souvent sous le nom de tumeurs fibroplastiques de l'arachnoïde ou de la dure-mère. C'est ainsi qu'elles sont désignées par les auteurs allemands, et c'est sous ce nom que M. Lebert les a décrites.

RÉTRACTION SPASMODIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS. 327

Si l'on examine, en effet, une parcelle du tissu de ces tumeurs après l'avoir étalée sur une lame de verre, on est frappé par l'abondance d'éléments fusiformes qu'on y aperçoit au microscope. Ils se présentent sous forme de lignes plus ou moins flexueuses, bien que décrivant le plus souvent un arc de cercle assez régulier. Ces lignes se renflent vers le milieu ; et dans la partie renflée, on voit un noyau ovoïde. A première vue ce sont des corps fusiformes fibro-plastiques. Mais si l'on examine plus attentivement, et qu'on fasse varier la distance focale, on s'aperçoit qu'à mesure que les premiers linéaments disparaissent, le même élément se présente sous une forme différente, comme pourrait le faire une lamelle irrégulière placée de champ qui, vue suivant son épaisseur, apparaît comme une fibre, mais dont l'apparence varie suivant que la section qu'on observe est sur un plan plus ou moins élevé. D'autre part, si l'on établit des courants dans le liquide de la préparation, on voit ces prétendus corps fusiformes se déplacer en tournant sur leur axe. L'aspect change alors complètement ; ils apparaissent comme des lambeaux membraneux irréguliers très transparents avec un noyau sur un point de leur surface. Dès que le repos se rétablit dans la préparation, ces lamelles qu'on avait vues un instant de face se placent de champ : sans doute parce que le noyau n'a pas exactement la même densité que la lame membraneuse, et qu'il n'est pas placé exactement à son centre de gravité. De nouveau, on n'aperçoit plus que des corps fusiformes.

Entre ces éléments, qui sont de beaucoup les plus nombreux, on trouve quelques petites cellules irrégulièrement polyédriques, quelquefois ovoïdes ou même sphériques, ayant à leur centre un noyau ovoïde identique à celui des lamelles précédemment indiquées. Ces cellules n'ont pas de cavité distincte de la paroi ; le corps de cellule est une masse solide homogène ; mais à côté de ces cellules, on en trouve d'autres dans la substance desquelles il s'est creusé une cavité par ramollissement et liquéfaction de la partie la plus centrale du corps de la cellule. Cette cavité est près du noyau et le déjette vers l'un des bords.

On peut voir, en examinant comparativement un certain

nombre de ces cellules, que la quantité du liquide intérieur augmente graduellement, distend la cellule qui devient tout à fait sphérique, et réduit sa substance à n'être qu'une paroi de plus en plus mince; mais cette paroi garde toujours une épaisseur plus considérable aux environs du noyau, de telle sorte que quand en un point, elle s'est amincie tellement qu'elle n'apparaît plus que comme une simple ligne, on voit le côté opposé de la circonférence figurer, au contraire, un croissant dans la partie la plus renflée duquel on retrouve le noyau. Enfin, on peut par la pression faire éclater ces éléments ainsi altérés; la paroi s'étale alors en une membrane qui, vue de champ, se présente comme un corps fusiforme. Ce mode d'altération des cellules a été indiqué d'une façon générale par M. Robin, pour les épithéliomas des séreuses. Ainsi, les corps d'apparence fusiformes, que j'ai décrits d'abord, ne sont autre chose que des cellules dont la partie centrale s'est ramollie, et qui enfin se sont rompues sur le point le plus aminci.

Les cellules non encore altérées n'ont d'analogie de forme et de structure qu'avec les cellules épithéliales; mais leur nature est encore mieux indiquée par la manière dont leurs débris se composent. On trouve, en effet, dans l'épaisseur de ces tumeurs, un très grand nombre de petites masses sphériques, stratifiées, de diamètre variable, mais pouvant atteindre un demi millimètre, identiques à ces productions qu'on trouve dans les épithéliomas des autres membranes, et qu'on désigne sous le nom de globes épithéliaux.

Les globes épithéliaux des tumeurs de l'arachnoïde sont souvent incrustés de matériaux calcaires qui les rendent fortement réfringents. Dans quelques cas, il semble, en coupant ou en touchant ces tumeurs, que leur tissu est parsemé de graviers. L'incrustation calcaire d'un globe épithélial débute toujours par le centre. Ce mode particulier d'altération d'un produit pathologique, ce processus régressif, analogue à la transformation calcaire du tubercule, est sans doute favorisé par la lenteur excessive qu'apportent ces tumeurs dans leur évolution.

Les épithéliomas de l'arachnoïde sont vasculaires, et leur tissu est parcouru par des faisceaux de fibres lamineuses qu'on

voit quelquefois s'hypertrophier et enkyster en quelque sorte des globes épithéliaux devenus crétacés dans des cas où le travail d'hypergénèse des éléments épithéliaux semble s'être arrêté.

Ces productions pathologiques ne se montrent pas toujours sous forme de tumeurs; elles peuvent ne former que des nodosités ou des plaques indurées qu'on rencontre surtout sur la faux du cerveau, soit isolées, soit disposées autour d'une tumeur principale. Dans ces cas, le processus pathologique est très peu actif, et l'on ne trouve le plus souvent que des globes crétacés entourés de tissu conjonctif. On ne soupçonnerait certainement pas la nature de semblables productions si l'on n'avait pas pu observer les états intermédiaires par lesquels elles se rattachent à l'altération initiale.

Ces tumeurs de l'arachnoïde se développent par une sorte d'hétérotopie; elles ne résultent pas de l'hypergénèse de l'épithélium qui tapisse normalement cette séreuse; leur point de départ est toujours sur la face opposée: de telle sorte qu'elles restent coiffées par cette membrane. La même chose s'observe à la peau pour quelques cancroïdes qui sont primitivement sous-dermiques.

Les épithéliomas de l'arachnoïde n'ont aucune tendance à l'ulcération, et ne développent autour d'eux aucune inflammation. Cette particularité, jointe à la lenteur de leur évolution, fait comprendre pourquoi ils ne déterminent le plus souvent aucun symptôme capable de faire soupçonner leur présence. Le plus souvent, en effet, c'est le hasard des autopsies qui les fait découvrir, à moins toutefois qu'ils siègent à la base du cerveau ou dans le rachis, auquel cas ils produisent nécessairement des troubles notables.

Ajoutons que les épithéliomas de l'arachnoïde diffèrent essentiellement des autres tumeurs épithéliales, non-seulement par la lenteur de leur évolution et leur aptitude à guérir spontanément, mais encore parce qu'ils n'envahissent pas les tissus voisins, et qu'on ne les voit pas se généraliser par production de tumeur secondaires dans des organes plus ou moins éloignés.

Tels sont les caractères généraux des tumeurs épithéliales

de l'arachnoïde. Celle qui a été présentée montrait en grand nombre les éléments que j'ai décrits plus haut, cellules intactes, cellules creusées d'une cavité, lamelle irrégulière se présentant sous l'aspect de corps fusiformes. On y trouvait, de plus, de très nombreux globes épithéliaux, la plupart identiques à ceux qu'on rencontre dans les cancroïdes des lèvres; sur les autres on voyait à différents degrés l'altération crétacée que j'ai signalée.

Etudions maintenant la lésion que cette tumeur a produite localement sur la moelle épinière et les altérations secondaires qui se sont développées dans toute l'étendue de ce centre nerveux.

La moelle était tellement aplatie au niveau de la tumeur qu'elle paraissait réduite à l'épaisseur des méninges. Toutefois, une coupe faite au point le plus aminci m'a permis de constater qu'il restait encore un nombre considérable de tubes nerveux parfaitement sains, surtout du côté droit. Cependant, je n'ai pu reconnaître sur cette coupe, aucune trace de cellules nerveuses.

Or, les parties dont les nerfs plongent dans la moelle au-dessus de la lésion n'avaient présenté aucun symptôme morbide.

Celles dont les nerfs aboutissent au tronçon de moelle situé au-dessous de la tumeur avaient offert les symptômes suivants : diminution mais non abolition de la sensibilité; conservation et exagération des mouvements réflexes; mouvements spasmodiques, douloureux, spontanés; contracture permanente.

Ces symptômes s'observent dans tous les cas de compression chronique de la moelle au-dessus du renflement lombaire; qu'il s'agisse de tumeurs des méninges, comme dans les faits rapportés par M. Cruveilhier ou dans celui de Vander Lith; ou de cancer de la colonne, comme c'est déjà indiqué dans l'ouvrage cité de M. Cruveilhier; ou de fracture consolidée du rachis, ainsi que le même auteur en a rapporté des exemples et M. Türck après lui; ou de mal vertébral de Pott, ainsi que cela résulte des observations nombreuses consignées par M. Louis dans ses Recherches anatomo-pathologiques, de cel-

RÉTRACTION SPASMODIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS. 331

les de Türck et de plusieurs faits que nous avons eus sous les yeux; soit enfin que la compression résulte d'un exsudat formé dans l'épaisseur même de la moelle en un point déterminé, comme on en trouve un exemple consigné dans un mémoire présenté en 1855, par Türck, à l'académie des sciences de Vienne.

Mais cet ensemble symptomatologique doit être analysé.

La moelle ainsi comprimée peut être considérée comme formée de deux tronçons dont l'un a gardé ses connexions avec le cerveau, dont l'autre en est séparé plus ou moins complètement.

Lorsqu'on fait chez les animaux une section de la moelle au-dessus du renflement lombaire, on sait que, indépendamment de la perte de la sensibilité et du mouvement volontaire dans les parties situées au-dessous de la lésion, ces parties présentent des mouvements réflexes beaucoup plus considérables qu'à l'état normal, M. Brown Séquard a même fait remarquer que ces mouvements spasmodiques souvent très violents pouvaient être spontanés, c'est-à-dire qu'ils surviennent parfois sans excitation périphérique appréciable.

Or, tous ces symptômes s'observent dans les cas de compression considérable de la moelle.

Mais M. Brown Séquard fait remarquer qu'après cette section le tronçon inférieur se trouve modifié insensiblement dans sa vitalité, et que deux cas peuvent se présenter, ou que le renflement lombaire se ramollit; alors tout mouvement réflexe et les membres sont dans un état de flaccidité permanent; c'est ce que nous avons pu voir dans un cas de fracture consolidée de la colonne; où ce ramollissement n'a pas lieu; mais il y a un certain état d'irritabilité qui, tout en conservant l'exagération des mouvements réflexes, amène un état de contracture permanente. C'est cette seconde alternative qui est applicable au cas qui nous occupe.

Mais qu'est-ce que cette irritabilité du tronçon inférieur de la moelle? Ne s'opère-t-il pas une autre altération de structure à laquelle on puisse attribuer la rigidité? L'examen de la moelle pourra peut être, non pas trancher la

question, mais apporter quelques renseignements qui pourront être utilisés ultérieurement.

Mais avant de quitter ce qui a trait aux symptômes et à la physiologie pathologique, indiquons la différence essentielle qui existe entre la paraplégie par compression de la moelle et la paraplégie par compression de la queue de cheval. Dans ce dernier cas, ainsi que cela résulte d'une observation de M. Cruveilhier, et comme je l'ai constaté dans un cas de cancer de la colonne lombaire, les symptômes principaux sont l'engourdissement, les fourmillements, les douleurs lancinantes le long des gros troncs nerveux, la perte des mouvements réflexes, et enfin la paralysie avec flaccidité.

L'étude des lésions secondaires de la moelle dans les cas de maladie primitive de cet organe remonte à 1853. M. L. Türk a vu dans plusieurs cas de compression de la moelle des altérations des divers systèmes de faisceaux analogues à celles qu'il avait étudiées en 1851, mais qui s'étaient développées consécutivement à une lésion primitive du cerveau.

Dans les cas de compression de la moelle, il a trouvé une atrophie ascendante des tubes nerveux dans les cordons postérieurs et dans la partie postérieure des cordons latéraux et une atrophie descendante des cordons antéro-latéraux. Avec cette atrophie coïncidait le développement de corps granuleux et d'éléments de tissu conjonctif.

Rokitanski, dans son Anatomie pathologique, n'a fait que reproduire les assertions de L. Türk.

Dans le fait qui nous occupe, j'ai examiné attentivement la moelle à différentes hauteurs; j'ai multiplié les coupes et je suis arrivé à des résultats qui diffèrent un peu de ceux annoncés par M. Türk.

J'ai constaté de la manière la plus nette au-dessus de la tumeur une altération des cordons postérieurs. Cette altération consiste en une atrophie ascendante avec raréfaction des tubes. Elle occupe une large étendue près de la tumeur et se rétrécit à mesure qu'on s'en éloigne pour se terminer en pointe vers le 4^m ventricule. Au-dessus de la tumeur, les cordons antérieurs et latéraux sont intacts. Au-dessous de la tumeur on trouve une raréfaction des tubes dans la partie postérieure

des cordons latéraux. Cette atrophie diminue aussi à mesure qu'on s'éloigne de la tumeur.

Il n'y a au-dessous de la tumeur aucune altération ni des cordons postérieurs, ni des cordons antérieurs, ni de la portion antérieure des cordons latéraux.

HÉMIPLÉGIE GAUCHE. — HYPERTROPHIE LÉGÈRE DU CŒUR. —

BRUIT EXTRA-CARDIAQUE. — A L'AUTOPSIE : CICATRICE ANCIENNE DANS LA COUCHE OPTIQUE DROITE. — ADHÉRENCES PLEURALES, NOTAMMENT AU-DEVANT DU CŒUR. — PAS DE CARDITE. — KYSTES SOLIDES DES TROMPES, par M. le D^r POTAIN, médecin de l'hospice des Petits-Ménages.

M^{me} Pépin a été atteinte d'hémiplégie gauche il y a un mois, à la suite d'une attaque d'apoplexie. Il s'était fait dans les premiers mois un peu d'amélioration; mais depuis l'hiver la paralysie a augmenté de nouveau et l'hémiplégie, est devenue complète, tellement que ne pouvant imprimer aucun mouvement à son bras gauche, la malade est obligée de le porter constamment en écharpe.

C'est une femme d'un caractère très impressionnable, exaltée; elle raconte qu'ayant eu une peur violente en traversant une rue, il y a dix ans, elle aurait conservé toujours depuis cette époque des palpitations de cœur qui lui deviennent fort incommodes toutes les fois qu'elle éprouve la moindre contrariété, qu'elle fait une longue course ou marche un peu fort. Depuis quelque temps elle avait des palpitations plus fréquentes, et de temps en temps un peu de gonflement œdémateux, au bas des jambes. Depuis huit jours; elle se plaignait d'inappétence, de constipation; elle avait constamment la langue blanche.

Le 31 mai 1864, nous la trouvâmes très oppressée, avec de l'œdème des jambes, et se plaignant de malaise. Constamment anxieuse, agitée, et en mouvement, elle était fort difficile à examiner. Cependant le cœur parut volumineux. Le

premier bruit était un peu sourd, et accompagné d'un bruit de souffle rude le deuxième bruit était sonore et retentissant; le pouls très accéléré, difficile à compter, petit et brusque. Aucun reflet appréciable dans les veines du cou. Pas de chaleur fébrile notable. Même état des voies digestives.

Le 1^{er} juin, la malade se trouvait un peu mieux, avait moins d'oppression, le pouls à 104, irrégulier, les bruits du cœur tantôt très ralentis tantôt très précipités; on entendait toujours un bruit de souffle assez dur qui accompagnait le premier bruit; une pilule de digitale.

Le 15, nous constatons que la malade urine peu, et que son urine est mêlée de sang qui lui donne une teinte brune et un peu louche; le mari dit que cet état des urines existe depuis quelques jours. Les globules du sang sont facilement reconnaissables au microscope et peu altérés. L'acide nitrique produit un précipité médiocrement abondant.

Le 27, les urines contiennent moins de sang. L'état est cependant toujours mauvais; la malade est sans appétit, prend à peine un potage et vomit chaque fois tout ce qu'elle prend. L'œdème des jambes a beaucoup augmenté; la malade a une continuelle tendance à la somnolence. Le pouls est à 80. La matité absolue de la région péricordiale a 7 centim. verticalement et transversalement. Le rythme des battements du cœur est beaucoup plus régulier; de temps en temps cependant quelques faux pas. Le premier bruit valvulaire s'entend avec intensité à l'épigastre; il perd beaucoup de cette intensité et s'éteint vers la pointe: le deuxième bruit valvulaire est faible, sans dédoublement. *Les deux silences sont égaux.*

On continue d'entendre un bruit de souffle, qui suit le premier claquement valvulaire, et commençant avec celui-ci se termine au second. Ce bruit a une intensité modérée, est assez doux à la pointe. Depuis le milieu de la région précordiale jusqu'à la base, le bruit anormal prend un autre timbre, devient plus rude, très superficiel; son timbre change de caractère dans des points très rapprochés; il a un maximum d'intensité dans un point où la sonorité et la présence du bruit respiratoire pendant les fortes inspirations indiquent la présence d'une lame de poumon, probablement même assez épaisse

au devant du cœur. Du reste, il suit toujours très exactement le premier bruit du cœur, se prolonge dans tout le petit silence et se fixe entre eux un peu au second temps.

Pour ces divers motifs, il me paraît se passer dans la plèvre ou dans la partie du poumon située au-devant du cœur.

On trouve en outre un bruit de souffle doux qui se propage dans l'aorte, dans les carotides.

Cette malade succombe le 1^{er} juillet.

Autopsie le 3 juillet 1864, à neuf heures du matin. Température douce. Trente-six heures après la mort, commencement de coloration verdâtre sur l'abdomen seulement. Pas de rigidité cadavérique.

Cavité crânienne. Boîte modérément épaisse, assez friable. Dure-mère peu adhérente; injection très modérée à la face externe. A la face interne de chaque côté, vers la partie moyenne de la voûte, deux ou trois petites extravasations sanguines du volume d'une lentille au plus, avec un peu d'exsudation d'aspect pseudo-membraneux autour.

Méninges viscérales modérément injectées, avec une rougeur diffuse sur la face externe des hémisphères de chaque côté. La première, assez infiltrée d'une sérosité qui lui donne une teinte très légèrement opalescente, se détache facilement de la surface des circonvolutions; celles-ci sont assez pâles, de consistance normale: à droite seulement, sur les circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius, on remarque une consistance moindre de la couche corticale qui se laisse facilement détacher par le frottement le plus léger d'un corps moussé. Toutefois, il ne s'y voit aucune perte de substance, et la coloration, un peu rosée, s'efface en grande partie par le lavage.

Rien de notable dans la cavité ventriculaire gauche. A droite, on remarque sur la limite du corps strié et de la couche optique, au niveau du milieu à peu près de la longueur de celle-ci, une teinte ocre très prononcée, qui semble due à une sorte d'infiltration de la membrane ventriculaire; elle paraît d'ailleurs rétrécie et comme étranglée à ce niveau. Aucune altération dans le corps strié, dont la consistance est normale. En faisant une coupe horizontale dans la couche optique, on met à découvert un ancien foyer rempli d'une matière d'un

jaune d'ocre très foncé et non entièrement solide à son centre. Ce foyer est très aplati d'avant en arrière, allongé transversalement, et coupe la couche optique en deux parties vers le milieu de sa longueur, empiétant en dehors sur le corps strié, mais sans atteindre en dedans la face interne de la couche optique. Par en bas, elle atteint et entame le prolongement des fibres pédonculaires qui se dirigent vers le corps strié. Dans l'épaisseur de la protubérance on remarque trois petites cavités kystiques au niveau de la moitié droite.

Les artères de la base du cerveau sont modérément athéromateuses.

La quantité de liquide contenue dans les ventricules et dans les cavités arachnoïdiennes était très peu considérable.

Cavité thoracique. — Les poumons s'affaissent à peine après l'ouverture du thorax; ils sont très emphysémateux dans toute leur étendue. Des deux côtés, mais surtout à droite, existent des adhérences très étendues, mais peu résistantes. A gauche des fausses membranes molles, friables, très faciles à rompre, évidemment très vascularisées, tapissent presque toute la moitié inférieure de la paroi et s'étendent jusqu'au bord antérieur du poumon. Celui-ci est d'autre part adhérent à la plèvre par sa face interne appliquée sur le péricarde. Cette portion du poumon est particulièrement emphysémateuse et crépite fortement sous le doigt.

Les poumons sont un peu congestionnés à leur partie inférieure, mais modérément.

Il paraît avoir dû exister très peu de liquide dans les plèvres; mais la quantité n'en peut être exactement appréciée; une partie de ce liquide péritonéal ayant passé dans la poitrine pendant l'ouverture.

Le péricarde contient 60 grammes environ d'un liquide rosé. La face interne de son feuillet pariétal est lisse et sans opacité. On y remarque seulement à la face postérieure une fine vascularisation.

Le feuillet viscéral du péricarde est également partout lisse et brillant. Sur la face antérieure du ventricule gauche à deux cent. environ de la pointe, on remarque une tache blanche laiteuse, de la grandeur à peine d'une pièce de 20 centimes fai-

sant une très légère saillie; d'ailleurs molle, tellement que le frôlement du doigt en fixe la surface et la fait glisser. Une autre, beaucoup plus petite, existe près de la base de ce ventricule; une troisième, mais beaucoup plus petite encore, à la face postérieure. On remarque, en outre, un peu d'opalescence le long des vaisseaux.

Le cœur a dix centimètres et demi verticalement et transversalement. Les oreillettes contiennent chacune un caillot partie noirâtre et partie fibrineux avec des prolongements dans les veines. Les oreillettes sont un peu dilatées. Les orifices du cœur sont libres avec les dimensions suivantes :

Orifice aortique 66 millimètres. Orifice pulmonaire 63 millimètres.

Les valvules tricuspides sont un peu épaissies et rétractées près de leur bord libre. Cependant elles semblent suffisantes; les valvules pulmonaires tout à fait saines; la valvule mitrale très épaissie, à son bord libre, semble suffisante cependant, et même assez souple pour demeurer mobile, les valvules aortiques saines retiennent bien l'eau.

La paroi ventriculaire a une consistance et un aspect sensiblement normal des deux côtés. Celle du ventricule gauche est épaisse. La cavité du ventricule droit est remarquablement petite, beaucoup plus petite que celle du ventricule gauche, qui est évidemment dilatée, sa paroi n'a que son épaisseur normale.

L'aorte est très athéromateuse immédiatement au-dessus des valvules aortiques toutefois sans ulcérations. Cela se borne à des plaques confluentes un peu saillantes et jaunâtres. Les plaques se trouvent beaucoup plus nombreuses dans la partie descendante de l'aorte qui semble toute boursoufflée par des saillies mamelonnées d'un jaune très pâle.

Cavité abdominale. L'œsophage, l'estomac, le duodénum n'offrent aucune altération notable. Le reste de l'intestin n'a pas été ouvert, mais ne présente aucune altération extérieure.

La cavité péritonéale contient une grande quantité de liquide purulent qu'on peut évaluer à deux litres; tous les or-

ganes abdominaux sont en outre recouverts et accolés par des fausses membranes d'un gris jaunâtre, molles, à peines adhérentes et infiltrées de pus. Le foie, la rate, sauf cette couche pseudomembraneuse et purulente qui les recouvre, sont à l'état normal; le foie est même fort peu congestionné, et la rate d'une consistance remarquablement ferme. La vésicule du fiel remplie d'une bile liquide et jaune, ne contenant d'ailleurs pas de calculs, est réunie par quelques adhérences intimes et évidemment anciennes à la face correspondante du colon transverse. Elle n'offre aucune altération à sa face interne.

Les reins sont mous, assez volumineux, congestionnés. Cependant la capsule fibreuse s'en détache sans difficulté et sans entraîner aucune parcelle de la substance corticale, la substance médullaire paraît augmentée de volume et plus rouge qu'à l'état normal, aucune altération dans les bassinets et les uretères, pas même d'injection. Les artères et les veines des reins sont libres.

La vessie contient très peu d'urine trouble et brunâtre. Elle paraît saine, sans saillie des colonnes, sauf au niveau du col, où l'on remarque un grand nombre de petites veines très superficielles formant un cercle radié et qui semblent avoir pu être l'origine d'une exhalation sanguine.

Les plis du vagin sont extrêmement saillants et durs à la face extérieure. L'utérus est volumineux; son col est rougeâtre, injecté, mais non très mou. Sa cavité agrandie contient au niveau de la partie rétrécie du col un petit fungus du volume d'une aveline; tout le reste de la face interne de l'utérus a une teinte brunâtre et contient un liquide trouble. Les parois de bonne consistance sont fort épaisses. On n'a pas pu retrouver les orifices des trompes qui paraissent oblitérées.

Les appendices présentent deux tumeurs. A gauche une petite, du volume d'une noix formée par la trompe dilatée, sa partie la plus externe contournée, et renfermant une masse jaunâtre comme stéatomateuse qui est très facile à énucléer et laisse la cavité saine dans certains points rougeâtre, et un peu bourgeonnante dans d'autres.

Le pavillon atrophie et méconnaissable est adhérent à l'ovaire; celui-ci, libre et de petit volume, grisâtre, présente l'aspect habituel à cet âge, et contient un petit kyste sèreux.

Du côté droit existe une autre tumeur constituée évidemment de la même façon, mais beaucoup plus volumineuse, car elle dépasse le volume du poing. L'ovaire de ce côté n'a pu être retrouvé et semblait se perdre au milieu de la masse.

Le cul-de-sac péritonéal rétracté offrait une teinte noire et marbrée de taches pigmentaires nombreuses.

ICTÈRE GRAVE. — ATROPHIE AIGUE DU FOIE. — ALTÉRATION GRANULO-GRAISSEUSE DES REINS. — PAS D'HÉMORRHAGIES. SUJET MONORCHIDE. — Observation et réflexions par M. L. FONTAN, interne des hôpitaux.

Florentin Ch....., 45 ans, employé de commerce, est entré le 9 février 1864, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. le Dr Cazalis. Sa constitution est robuste; beaucoup d'embonpoint. Il a éprouvé pendant toute sa vie des chagrins, des préoccupations sans nombre. Toujours sujet à de très-violentes migraines qui ne lui laissent un peu de répit que depuis deux ans, alors qu'il s'est mis à faire des voyages et à prendre plus d'exercice.

Il y a une huitaine de jours, apparition d'un ictère modéré; survenu sans cause appréciable, et accompagné d'un sentiment de malaise et de quelques vomissements bilieux. En même temps, anorexie et amertume de la bouche. Au moment de son entrée, il se plaint surtout d'éprouver de la lassitude générale et comme de l'engourdissement; céphalalgie médiocre. La langue est chargée; pas de coliques, le palper développe seulement un peu de sensibilité au niveau de l'hypochondre droit. Les sclérotiques sont très-jaunes; légère coloration ictérique de la peau. Pas de fièvre. L'intelligence est très-nette. Somme toute, apparences de la bénignité des premiers accidents.

Rien de particulier à noter pendant les cinq jours qui sui-

vent son arrivée. Il y avait plutôt de l'amélioration, et Ch...., était même à la veille d'aller à la campagne pour y achever sa guérison, lorsque, le 15 février, il reçoit une visite inattendue qui lui occasionne une émotion fort pénible et donne lieu à une scène déchirante et très-prolongée. Faut-il attribuer à cette circonstance une influence quelconque sur les phénomènes consécutifs? Toujours est-il qu'à partir de ce moment la maladie prend tout-à-coup une physionomie beaucoup plus sérieuse. L'affaissement augmente, et le lendemain nous le trouvons très-abattu : mais, prévenus de l'incident de la veille, nous sommes portés tout d'abord à lui rattacher ce fait, sans y mettre autrement d'importance. Cette prostration cependant s'exagère dans le courant de la journée, et Ch....., tombe dans un état de somnolence continue.

17 février. Le visage présente un air d'hébétéude. Perte de la mémoire; il oublie ce qu'on vient de lui dire à l'instant, et l'on est obligé de lui répéter plusieurs fois la même question. Réponses lentes, parole embarrassée. Pouls modéré. La vue est trouble; il ne distingue qu'imparfaitement les objets. La teinte ictérique générale est beaucoup plus prononcée, et elle affecte même une disposition assez bizarre au niveau des avant-bras, ainsi que sur le dos des mains. Il semble, en effet, que dans cette portion du système cutané, la matière colorante de la bile se soit répartie d'une manière inégale, par places. On y remarque des sortes de marbrures ou longues traînées jaunâtres, irrégulièrement entrecroisées, laissant entr'elles des intervalles de peau saine : véritable tatouage qui contraste avec la teinte ictérique uniforme du reste du corps, et que, dans la crainte d'une méprise, nous aurions attribuée plutôt à une cause artificielle, comme, par exemple, le contact accidentel de l'urine ou de tout autre substance colorante, si des lavages répétés ne nous avaient pleinement démontré que nous avions affaire à des suffusions biliaires partielles, siégeant dans la structure intime du derme. Les liquides excrémentitiels, la sueur, les urines, sont d'un jaune safran très-marqué et tachent fortement le linge. Ces dernières sont épaisses et sédimenteuses : traitées par l'acide nitrique, elles ne décèlent pas la présence de l'albumine, mais prennent,

avec ce réactif, une teinte vert-noirâtre d'autant plus foncée qu'on se rapproche davantage des couches inférieures.

Traitement : décoction de quinquina et sirop d'écorces d'oranges; julep béchique additionné de teinture de castoréum, et extrait de valériane; lavement purgatif.

A la visite du soir, le malade est plongé dans un profond assoupissement dont je ne puis le tirer qu'en éveillant vivement son attention; mais sans pouvoir toutefois en obtenir autre chose que des mots sans suite ni signification; puis il se remet aussitôt sur son oreiller et se rendort. Emission involontaire des urines. Selles bilieuses à la suite du lavement. 74 pulsations.

Le 18, le coma est complet. Face calme et exprimant la stupeur. Perte absolue des facultés intellectuelles; il ne répond pas, et n'a même pas l'air d'entendre. Regard vague; quelques hoquets; de temps en temps des soupirs. Urines rares et peu abondantes. La sensibilité est conservée, car il retire les membres lorsqu'on le pince, et le palper de l'hypochondre droit semble particulièrement réveiller de la douleur; il en est de même du cathétérisme de l'urèthre. La percussion fait reconnaître une diminution très-notable dans le volume du foie, qui ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. Le pouls est à 96. Traitement : décoction de quinquina avec sirop citrique, dans laquelle on ajoute 0,25 centigrammes de nitrate de potasse par chaque tasse de tisane; julep avec extrait de quina; matin et soir 0,10 centigrammes de calomel.

La journée a été bonne, le malade est resté immobile et dans un assoupissement non interrompu. Mais, depuis le soir, les muscles du cou sont devenus le siège de secousses convulsives très-rapides, qui impriment à la tête des mouvements d'oscillation sur son axe. Respiration régulière, stertoreuse, entrecoupée seulement par de rares soupirs. Par moments aussi, tandis que ses traits expriment la souffrance, et qu'il semble en proie à un vif sentiment d'angoisse, on le voit entr'ouvrir à demi la bouche, porter ses mains vers la gorge comme s'il existait dans ce point une constriction douloureuse, et faire enfin une inspiration longue et suspicieuse qui vient terminer la scène. Aucune parole d'ailleurs, aucune plainte; il ne re-

connait personne et ne semble pas avoir la moindre conscience de ce qui se passe auprès de lui. Garderobes diarrhéiques et bilieuses a uriné. 98 pulsations.

Le 19. Même état de torpeur et d'assoupissement. Respiration bruyante; gonflement dont la régularité n'est troublée que par des soupirs. Paupières à demi fermées; pupilles dilatées et immobiles. Même jactitation de la tête. Borborygmes. 108 pulsations. L'ictère a pris une teinte jaune-verdâtre très-accusée. Continuation du traitement.

Agitation dans le courant de l'après-midi; on avait de la peine à modérer la projection perpétuelle des membres; mais ceux-ci, depuis le soir, se trouvent dans un état complet de résolution et retombent de leur propre poids lorsqu'on vient à les soulever. Toujours jactitation de la tête. Somnolence que des cauchemars semblent interrompre assez fréquemment. Les boissons ne passent que difficilement; le bouillon, en particulier, détermine des efforts de régurgitation. Le pouls est à 104. Application de sinapismes aux extrémités.

Le 20. Pour la première fois depuis trois jours, il paraît avoir eu une lueur d'intelligence; mais, après avoir prononcé une parole attestant qu'il a reconnu une personne qui venait le voir, il est retombé aussitôt dans le même état d'insensibilité. La tête, qui est toujours agitée par des secousses convulsives passagères et courtes, se renverse également en arrière. Décubitus dorsal, membres jetés à l'abandon et écartés du corps. Par moments, le tronc, comme entraîné par son propre poids, glisse de l'oreiller et tomberait hors du lit si l'on n'avait pas soin de le maintenir. Une garderobe naturelle, bien moulée, mais jaunâtre.

Après une rémission de quelques heures, l'ensemble des symptômes revêt dans la soirée une gravité plus considérable. Le coma est profond, la respiration stertoreuse; quelques hoquets. Peau froide et visqueuse. Un lavement purgatif qui avait été administré, a été rendu aussitôt, très-coloré en jaune. Enfin, le malade meurt dans la nuit, à une heure du matin.

Autopsie, le 22 février, sujet très-gras ; tous les organes sont infiltrés d'une grande quantité de graisse, ce qui leur donne une certaine mollesse et un contact onctueux. Le tissu adipeux offre une teinte jaunâtre plus prononcée qu'à l'état normal. On observe également que la plupart des autres tissus, ainsi que les produits de sécrétion, sont imprégnés de pigment biliaire. Quelques portions du squelette participent elles-mêmes à la coloration générale : les os du crâne, par exemple, qui ont subi, principalement sur les parois des sinus frontaux, une imbibition des plus manifestes.

Crâne. Le cerveau est volumineux, pesant, pourvu de circonvolutions nombreuses et serrées. Sa substance qui est ferme, est le siège d'une congestion générale caractérisée par un piqueté rougeâtre. Turgescence très-notable des mailles de la pie-mère extérieure, ainsi que des vaisseaux qui contribuent à former les plexus choroïdes, et la toile choroïdienne. Il s'est fait un épanchement séreux considérable dans la cavité des ventricules, ainsi que dans le tissu sous arachnoïdien : la pie-mère, qui est fortement soulevée par cette hypersécrétion de liquide, se sépare du cerveau avec facilité ; elle est parsemée de taches opaques, d'un aspect laiteux, dues à l'épaississement du tissu cellulaire qui entre dans sa constitution. Les glandes de Pacchioni sont rouges et très-développées. La dure-mère, d'une teinte jaune paille, est légèrement injectée.

Thorax. Le poumon droit est à l'état fœtal dans toute son étendue ; il est d'un rouge très-sombre et paraît gorgé de sang. Le poumon gauche, au contraire, offre une teinte terreuse, excepté au sommet où l'on trouve quelques noyaux congestionnés ; par la pression on fait sourdre des gouttelettes d'un liquide jaunâtre très-riche en pigment biliaire. — Le cœur est mou, d'un volume normal, entouré d'une épaisse couche de graisse, particulièrement à la base des oreillettes et à l'origine des gros vaisseaux. Il contient des caillots très-diffuents. Le sang qu'on retrouve dans le reste de l'appareil circulatoire est liquéfié et noirâtre.

Abdomen. Tous les viscères abdominaux sont imbibés de la matière colorante biliaire. Estomac sain, mais considérable-

ment dilaté par des gaz. Rien de particulier dans la structure ou dans la cavité du tube intestinal. Ce qui frappe principalement les regards, à l'ouverture du ventre, c'est la congestion très intense des radicules veineuses qui sont du domaine de la veine-porte. En effet, les branches des épiploïques et celles des mésentériques, distendues et gorgées d'un sang noirâtre, forment des plexus dont les nombreuses mailles occupent toute l'étendue du mésentère, et viennent même envahir une portion du bord adhérent de l'intestin. On observe, en outre, sous la tunique séreuse de cet organe, ainsi qu'entre les feuillets du mésentère et de l'épiploon, un certain nombre de petites taches d'un rouge violacé, situées le long du trajet des vaisseaux, et qui ne sont autre chose que des extravasations sanguines dues à la réplétion extrême de ces veinules.

Le foie possède une flaccidité toute spéciale, et son poids est très léger. Réduit bien certainement à plus de la moitié de son volume, il est aplati et mesure à peine un pouce d'étendue à la partie la plus épaisse du lobe droit. Sa surface est plissée et offre inférieurement une coloration olivâtre des plus foncées; cette teinte n'est pas aussi évidente à la face supérieure, surtout au niveau du lobe gauche dont l'aspect, d'apparence normale extérieurement, se différencie très nettement ainsi des parties voisines. Mais si on examine l'intérieur de la glande hépatique, on remarque, au contraire, que l'évolution morbide est beaucoup plus avancée dans ce lobe; car, non seulement il a subi une atrophie relativement plus sensible, mais encore toutes les sections y présentent une couleur d'un jaune d'ocre très vif et uniforme, tandis qu'elles sont parsemées de quelques ecchymoses rougeâtres dans le lobe droit. En raclant le tissu de l'organe, on fait suinter un liquide grisâtre.

L'examen histologique de ces pièces, qui a été fait par mon excellent ami V. Cornil, a démontré qu'il s'agissait d'un cas type d'atrophie aiguë du foie. En effet, les lobules sont petits; lorsqu'on étudie des coupes, on voit les cellules formant l'îlot hépatique entièrement infiltrées de granulations pigmentaires du jaune safran auquel le foie est redevable de la coloration visible à l'œil nu. De plus, sur beaucoup de points, les cellules hépatiques ne sont pas aussi nombreuses ni aussi pressées les

unes contre les autres qu'à l'état normal; il en résulte que le tissu cellulaire qui les sépare semble être épaissi, apparence trompeuse qui dépend uniquement de la diminution de leur chiffre. Celles qui sont libres dans le liquide, autour de la coupe, sont généralement petites, et quelques-unes d'entre elles sont comme brisées, atrophiées. Elles contiennent, outre les granulations pigmentaires dont il a été déjà question, des granulations graisseuses. La vésicule biliaire est distendue par une énorme quantité de bile très épaisse, granuleuse et d'un brun-verdâtre, que l'on peut faire refluer facilement par le conduit cystique dans les canaux hépatique et cholédoque. L'appareil excréteur du foie était donc parfaitement perméable, et il ne porte d'ailleurs les traces d'aucune altération; pas de calculs.

Le pancréas, d'une fermeté moindre, est très hypertrophié, et offre une teinte verdâtre à sa surface. Si l'on en place des fragments sous le champ du microscope, on trouve que les lobules glandulaires sont normaux; seulement, les cellules épithéliales sont infiltrées, en certains points, de granulations biliaires.

La rate, quoique augmentée de volume, n'a éprouvé pourtant aucune altération de structure.

Les reins sont volumineux et flasques; la substance corticale a une couleur jaunâtre, tandis que la substance tubuleuse est rouge et congestionnée. Au microscope, M. Cornil a trouvé que les tubes urinifères de la substance corticale présentaient dans leur intérieur des cellules infiltrées de granulations de pigment biliaire, qui, de même que les granulations renfermées dans l'intérieur des cellules hépatiques, subissent les colorations caractéristiques de la bile lorsqu'on ajoute de l'acide nitrique. On observe, en outre, beaucoup de granulations graisseuses, et les cellules épithéliales des tubes contournés en contiennent une assez grande quantité: ce qui leur procure un aspect opaque, à un faible grossissement, et donne à ces tubes l'apparence de lignes foncées.

Enfin, notons, mais à titre de simple renseignement, que cet homme était monorchide et affecté d'une hernie inguinale qui occupe le côté gauche, de même que l'ectopie testiculaire.

Le scrotum n'est pas symétrique, et il n'existe pas, à vrai dire, du côté de l'anomalie, le raphé médian se trouvant tout à fait dévié et rejeté à gauche. Le testicule droit est normal ; seulement son parenchyme a une teinte jaunâtre plus marquée, et la tunique albuginée partage cette coloration. Le testicule gauche est à l'état rudimentaire ; arrêté dans sa migration, il a été retenu dans le canal inguinal, et est recouvert par la portion d'intestin qui, en pénétrant dans la cavité vaginale, est venue constituer la hernie.

Si nous *résumons* à présent les détails principaux de l'histoire de ce malade, voici les points qui nous paraissent surtout dignes de fixer l'attention : et tout d'abord, on est frappé de la marche lente et insidieuse de la période prodromique qui a persisté pendant plusieurs jours, en revêtant tous les caractères d'un ictère bénin. C'est au milieu d'une amélioration apparente dans le cours des symptômes, que des accidents redoutables éclatent brusquement, à la suite d'une émotion très vive qui peut-être a joué un rôle actif dans leur apparition, et semble avoir été plus qu'une simple coïncidence ; la mort arrive cinq jours après. Ce qui domine dans cette nouvelle phase de la maladie, c'est la prostration extrême, le coma. Ainsi, pas de délire, à proprement parler, presque pas de phénomènes d'excitation, contrairement à ce qui s'observe si communément, surtout au début. Il n'y a eu un peu d'agitation que la veille de la mort, pendant deux ou trois heures seulement. Ce jour-là également, le pouls, qui jusqu'alors s'était maintenu dans une moyenne fort modérée, a subi une certaine accélération (108 pulsations).

Parmi les autres traits les plus saillants de cette observation, nous croyons devoir encore signaler les convulsions de l'appareil musculaire du cou, ainsi que le tatouage singulier produit, dans quelques régions, par des suffusions biliaires partielles. Enfin, le fait le plus intéressant peut-être, parce qu'il est plus rare dans l'affection qui nous occupe, c'est l'absence d'hémorrhagies se traduisant à l'extérieur, soit par des pétéchies, soit par des épistaxis ou des selles sanguinolentes. Pour représenter cet ordre de symptômes, et comme vestiges

de la perturbation qui a dû se produire dans la crase sanguine, nous ne trouvons autre chose, à l'intérieur, que l'état d'atelectasie du poumon droit et l'engorgement du système veineux abdominal.

XXXIX. ANNÉE — AOÛT 1964.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX : 1. Fracture spontanée du crâne chez un fœtus. — 2. Atrophie du rein. — 3. Cancer encéphaloïde de la région fessière. — 4. Gangrène de l'orifice supérieur de l'œsophage. — 5. Artérite. — 6. Apoplexie pulmonaire. — 7. Hémorragie méningée produite par une fracture du crâne. — 8. Tumeurs cancéreuses de la dure-mère. — 9. Synostose de l'artère coxo-fémorale. — 10. Hémorragie méningée. — 11. Luxation intra-coracoïdienne. — 12. Ulcération des valvules aortiques; infarctus du foie et des reins. — 13. Anévrysme de la crosse de l'aorte. — 14. Embolie de l'artère carotide interne. — 15. Pemphigus chronique. — 16. Hypertrophie du ventricule gauche dans l'albuminurie.

OBSERVATIONS : Cancer de l'intestin et du poumon, chez une aliénée atteinte de mélancolie. Thrombose des veines fémorales, iliaques externe et primitive, par M. REGNARD, interne des hôpitaux.

Pellagre. — Folie congestive avec délire ambitieux. Mort. Autopsie : Dégénérescence graisseuse du cœur et du foie. Sclérose de la moelle, par M. REGNARD, interne des hôpitaux.

Rupture de l'aorte. — Epanchement de sang le long des artères pulmonaires et des bronches jusqu'aux poumons, par M. LA-CROUSILLE, interne des hôpitaux.

De l'otorrhagie. — A propos d'une observation de M. Choyan, par M. GENOUVILLE.

Anévrysmes fusiformes de l'extrémité terminale de l'aorte et des iliaques primitives; anévrysme disséquant sur toute la longueur de l'aorte; terminaison par rupture dans le péricarde. Observation et réflexions par M. MAINDRON.

De la terminaison du rhumatisme articulaire par suppuration, par M. le docteur Jules GUYOT, médecin des hôpitaux.

RAPPORT de l'archiviste, M. POUMET, sur les candidats et les ouvrages admis au premier concours pour le prix Ernest Godard.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Bouchaud* présente une *fracture du crâne* qui s'est produite spontanément chez un fœtus pendant un accouchement laborieux, et a causé la mort du nouveau-né douze heures après la naissance.

Cette fracture siège sur le pariétal droit, qui offre en outre plusieurs places vides dues à un défaut d'ossification : aussi cet os est-il très mince et très friable.

Il n'y avait aucun épanchement, ni dans le cerveau, ni dans les méninges.

M. *Giraldès* : L'altération qui existe sur le pariétal ne doit pas être rattachée à un défaut d'ossification : ce sont des points d'usure produite par l'hypertrophie de certaines circonvolutions cérébrales.

2. M. *Pontan* montre une *atrophie du rein droit*, suite d'un calcul retenu dans le bassin, et donne les renseignements suivants :

Cette pièce a été recueillie, à la Maison Municipale de santé dans le service de M. Cazalis, chez un jeune homme âgé de vingt-neuf ans, qui a très-rapidement succombé aux désordres occasionnés par une phthisie aiguë compliquée de méningite

tuberculeuse. L'autopsie a pleinement confirmé du côté de l'appareil pulmonaire et des centres nerveux le diagnostic porté pendant la vie. Quant à la lésion qui fait l'objet de cette présentation, elle n'avait révélé sa présence par aucun phénomène morbide. Notons toutefois, comme se rattachant aux fonctions de l'appareil urinaire, qu'on avait constaté l'existence d'une grande quantité d'alumine dans les urines.

Le rein droit est complètement atrophié et réduit à une poche fluctuante qui contient de la sérosité trouble dans son intérieur. Plusieurs kystes séreux se remarquent à la surface de cette poche. La tunique propre du rein est blanchâtre et très-épaissie ; elle est résistante et adhère d'une manière assez intime à la substance corticale. On ne retrouve presque plus aucun vestige des éléments glandulaires de l'organe, qui constitue une sorte de coque fibreuse peu épaisse sur les parois de laquelle sont accolées trois petites concrétions d'urates. Le bassin, qui est dilaté, renferme un calcul très-ferme, d'une coloration, jaunâtre à la surface et blanc sale à l'intérieur. Ce calcul est à peu près de la grosseur d'une noisette ; il se présente sous l'aspect d'un cône aplati, rappelant assez exactement la forme de la cavité qui lui sert de loge, et son sommet tronqué vient obstruer l'origine de l'uretère. Audessous du point oblitéré, le calibre de ce conduit n'a éprouvé aucune modification.

Le rein gauche est très-hypertrophié et a plus que doublé de volume ; il mesure une étendue de quinze centimètres suivant le diamètre vertical, et sa largeur est de six centimètres et demi. Sa surface, dont les bosselures sont très-accentuées, présente des scissures qui limitent la base des différents segments de l'organe. Quant à sa structure, elle ne paraît pas à l'œil nu avoir subi une altération appréciable.

3. M. Paquet présente une *tumeur encéphaloïde de la région fessière* enlevée par M. Giralès chez un enfant de quatre ans et demi, et donne les détails suivants :

Cet enfant avait joui d'une très-bonne santé jusqu'à l'âge de 4 ans. A cette époque il commença à maigrir considérable-

ment, et sa mère s'aperçut pour la première fois qu'il portait à la fesse gauche une tumeur du volume d'un petit œuf de poule ; la voyant grossir considérablement, elle se décida, il y a 15 jours, à le conduire à l'hôpital.

La tumeur a 50 centimètres de circonférence; elle est globuleuse, et présente des points durs et des points mous. Une ponction exploratrice dans un des points fluctuants conduit dans une cavité, de laquelle sort en une grande abondance un liquide rougeâtre, tout à fait analogue pour l'aspect et l'état poisseux au liquide des hématoécèles.

À la suite de cette ponction, une nouvelle poussée se fait du côté de la tumeur; le malade est dans un état d'anémie extrême, qui ne permet pas de tenter une opération.

L'autopsie nous a montré tous les viscères complètement anémiés, mais pas de trace de cancer ni dans le poumon, ni dans le foie, ni dans les reins.

La tumeur étant incisée, une grande quantité de suc s'est écoulée. Le suc, de même que le sang que nous avait procuré la ponction, ont été examinés au microscope, et on y a trouvé les mêmes éléments que dans la tumeur elle-même, c'est-à-dire des cellules épithéliales de grandes dimensions, déformées, et contenant des noyaux multiples. Nombre de ces cellules étaient déjà remplies de granulations graisseuses. On peut du reste, voir sur la tumeur des signes évidents de dégénération graisseuse.

4. M. *Duguet* fait voir une *gangrène de l'orifice supérieur de l'œsophage* qui avait donné lieu à une cachexie profonde dont la cause avait été méconnue pendant la vie.

M. *Genouville* fait remarquer que cette gangrène doit être rattachée à la nécrose postérieure du cartilage thyroïde qui se voit sur cette pièce.

5. M. *Rondeau* présente l'*artère crurale* d'un homme qui a été pris de *gangrène spontanée* à la jambe droite jusqu'au tiers supérieur.

L'artère est oblitérée en plusieurs parties de son trajet par des caillots multiples dont quelques-uns sont ramollis.

Il y avait aussi des caillots dans le ventricule gauche du cœur.

M. *Cruveilhier* fait observer que cette présentation est un exemple très remarquable d'artérite.

M. *Ranvier* appuie l'opinion de notre président en se fondant sur ce fait qu'il existe une infiltration purulente entre les tuniques de l'artère.

6. M. *Blachez* montre le poumon d'un homme mort d'hémoptysie foudroyante après avoir présenté plusieurs hémorrhagies.

Il n'y a pas la moindre trace de tubercules, mais plusieurs cavités entourées d'un tissu induré comme gangréné, mais sans aucune odeur, si bien que, ne pouvant admettre ni tubercules ni gangrène, le présentateur se rattache à l'hypothèse d'une pleuro-pneumonie ancienne.

M. *Cruveilhier* qui a observé plusieurs cas analogues, dit que ces cavernes sont dues à d'anciens foyers d'apoplexie pulmonaire.

7. M. *Magnan* présente une *fracture du crâne* qui s'est produite chez un alcoolique pendant un accès épileptiforme et a causé une hémorrhagie méningée :

P. Louis, quarante ans, marchand de vins, entre à Bicêtre le 17 août 1864.

Depuis six ans P. Louis fait des excès de boissons, qui ont déterminé chez lui les accidents de l'alcoolisme chronique et dans ces derniers temps, quelques accès épileptiformes. C'est la chute dans la dernière de ces crises convulsives qui a déterminé la fracture du crâne.

Le 18 avril, P. Louis perd tout-à-coup connaissance et tombe, la tête frappe la première *contre les dalles* du corridor. Il reste étourdi, ne sait où il est, essaye de se relever, chancelle, on le met au lit. Pendant trois heures il présente du délire d'action; il veut se lever, appelle sa femme, cherche ses habits, secoue les couvertures, est incohérent; il porte

souvent la main à la tête et se plaint d'une douleur. Du sang s'écoule par le conduit auditif externe ; le pouls reste calme ; il n'y a pas de chaleur à la peau, pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité des membres, de la face, ou des yeux.

Trois heures après l'accident, P. Louis est dans le décubitus dorsal, ne bougeant plus, les traits de la face sont affaissés, les paupières abaissées, les pupilles égales mais dilatées, sans strabisme, la respiration est bruyante, la peau chaude, le pouls, 120, vif, résistant. Les muscles des membres, surtout ceux des bras, sont contracturés, d'une manière uniforme des deux côtés ; ils se laissent détendre sans grand effort ; la sensibilité, est très obtuse sur les membres, moins affaiblie sur le tronc où les piqûres d'épingle déterminent un mouvement d'impatience dans la face ; l'écoulement sanguin par l'oreille a cessé ; pas d'épistaxis.

Trois ventouses à la nuque, sinapismes, lavement purgatif. Cet état comateux persiste, les symptômes s'aggravent, et la mort arrive 30 heures environ après l'accident.

Autopsie faite le 21 août ; le cuir chevelu ne présente pas de traces d'ecchymose récente. A gauche, après avoir enlevé l'aponévrose du temporal, on trouve ce muscle imbibé de sang dans ses deux tiers inférieurs ; en détachant ses insertions, à la fosse temporale et en soulevant ce muscle, on aperçoit à un centimètre environ du bord postérieur de l'écaille du temporal une petite fêlure verticale de huit millimètres environ ; de ce point comme d'un centre partent quatre lignes indiquant le trajet de la fracture ; les deux fêlures partant de l'extrémité supérieure, vont, l'une obliquement en avant et un peu en bas, traverse la fosse temporale, la fosse zygomatique, arrive dans la fosse ptérygo-maxillaire, et aboutit au bord interne de la fente sphénoïdale, puis se continue sur le corps du sphénoïde, dans la partie antérieure jusqu'à la ligne médiane à peu près. La fêlure postérieure, prolongement de la précédente, suit en arrière et en haut une direction oblique ; elle traverse dans une étendue de 5 à 6 centimètres le bord postérieur du pariétal gauche et s'arrête à 3 centimètres environ de l'articulation de cet os avec l'occipital.

De l'extrémité inférieure de la petite fêlure verticale, et où

se trouve une esquille, partent aussi deux lignes, l'une presque perpendiculaire en bas, qui aboutit à la partie postérieure du bord supérieur du conduit auditif externe; en la suivant dans le conduit auditif, on lui voit suivre la paroi postérieure dans une étendue de 1 centimètre, puis elle se dirige en avant en traversant la paroi supérieure; plus profondément, elle échappe au regard. La fêlure inférieure et postérieure est peu étendue; elle se porte en arrière, parallèlement à la fêlure supérieure correspondante dans une étendue de 3 à 4 centimètres.

Si on examine les fêlures dans l'intérieur du crâne, dans les points où ne siège pas le foyer hémorrhagique, on voit la fêlure antérieure et supérieure, traverser la fosse ethmoïdale, aboutir à la partie interne de la fente sphénoïdale, et se continuer un peu sur le corps du sphénoïde.

La fêlure antérieure et inférieure parcourt le rocher dans le sens de l'axe, en se tenant rapprochée du bord supérieur et postérieur; puis elle se recourbe en avant, traverse la face antérieure, perpendiculairement à l'axe du rocher, et aboutit au trou déchiré antérieur.

Les deux fêlures dirigées en arrière, et la portion écailleuse des deux antérieures sont cachées par un énorme épanchement de sang qui soulève la dure-mère, et qui présente d'avant en arrière une étendue de 12 centimètres, dans le sens vertical de 8 centimètres, et d'épaisseur, dans la partie la plus saillante, 6 centimètres environ.

La surface de l'hémisphère gauche (côté de la fracture) est indemne d'hémorrhagie; les méninges sont congestionnés. A droite on trouve l'hémisphère tapissé par une couche de sang de 1 cent. environ d'épaisseur, s'étendant depuis la moitié antérieure du lobe occipital, jusqu'au lobe frontal; à ce niveau on trouve la corne frontale déprimée par des caillots sanguins ayant ensemble le volume d'un œuf de pigeon, et logés dans la fosse frontale; la substance cérébrale est dans ce point déchirée, réduite en bouillie et imbibée de sang; la face inférieure du lobe frontal est aussi un peu altérée. Le lobe sphénoïdal, du même côté, est aussi entouré de sang, déchiré superficiellement et imbibé de liquide sanguin; le lobe occipital au niveau de la tente du cervelet n'offre pas d'hémorrhagie.

Les ventricules latéraux renferment un peu de sérosité.

S. M. Hayem fait voir des *tumeurs cancéreuses de la dure-mère* et de l'arachnoïde, rencontrées à l'autopsie d'un homme de soixante-seize ans, mort à Bicêtre dans un état de cachexie très prononcé.

De nombreuses masses cancéreuses existaient dans les plèvres, le péritoine, les ganglions de l'abdomen et du médiastin, dans le foie, la tête du pancréas. En même temps, les os de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit étaient entourés d'une production cancéreuse lardacée qui siège dans le périoste, et a déterminé dans les os de la jambe et de la première rangée du tarse de l'ostéite chronique; il paraît impossible de dire quel est le point où le cancer est primitif; cependant il est probable qu'il a débuté par la partie inférieure de la jambe, et, bien que les productions cancéreuses du périoste ne paraissent pas plus anciennes que les autres, on sait que le cancer des os se généralise facilement, et que, dans son mode de propagation, le cancer a de la tendance à se porter de la périphérie vers le centre. De plus, les enveloppes de l'encéphale étaient envahies. On voit, en effet, sur la convexité de la dure-mère crânienne, à sa face externe et à sa face interne, une vingtaine d'épaississements cancéreux, ayant l'aspect de taches de cire vierge de diverses dimensions; les uns font saillie à la face externe, les autres à la face interne. Ces productions offrent les mêmes caractères que ceux des autres tumeurs trouvées dans les autres organes : suc cancéreux, aspect lardacé. Toute la dure-mère de la voûte est épaisse; pas de fausses membranes. Les autres parties de la dure-mère n'offrent rien à noter.

L'arachnoïde présente une série de petites nodosités, d'un blanc jaunâtre, analogues à celles du péritoine pariétal, également de nature cancéreuse; ces nodosités règnent surtout le long de la suture médiane, en dehors des corpuscules de Pacchioni. L'arachnoïde et la pie-mère adhèrent d'ailleurs faiblement à la surface des circonvolutions, et après leur enlève-

ment, on voit une série d'inégalités, d'érosions sur la surface des circonvolutions, piquetées de rouge et analogues à celles de la paralysie générale; mais qui n'occupent pas le même siège. Elles sont inégalement répandues à la surface des circonvolutions de la convexité du cerveau, et sont d'ailleurs peu profondes.

9. M. *Anger* présente l'*articulation coxo-fémorale* d'un homme de cinquante-sept ans, qui a succombé à un cancer de la langue et du pharynx : la tête et le col du fémur manquent complètement; il y a atrophie de l'os iliaque, et le présentateur pense que c'est une absence congénitale de la tête du fémur.

M. *Houel*: La tête et le col du fémur existent sur cette pièce; mais il y a eu destruction de la lame cartilagineuse qui supporte la tête fémorale, et soudure de la tête du fémur avec la cavité cotyloïde.

M. *Trélat* admet que c'est une soudure du fémur et de l'os iliaque, due à une disposition congénitale.

M. *Guéniot* rappelle que Nægelé, à propos de la forme de bassins ovalaires, a créé le mot de *synostose*, et il croit qu'il conviendrait parfaitement dans ce cas.

10. M. *Fritz* présente une *hémorrhagie méningée* trouvée à l'autopsie d'un homme apporté à l'hôpital dans le coma, avec convulsions épileptiformes. Aucun autre renseignement.

Un demi-litre de sang à peu près existait dans la cavité arachnoïdienne. On n'a pu déterminer la source de l'hémorrhagie; mais en tous cas elle ne provenait pas de néo-membranes.

11. M. *Jolivet* met sous les yeux de la Société une *ancienne*

luxation de l'épaule droite (variété intra coracoïdienne ou sous-scapulaire), et donne les renseignements suivants :

Le 9 juillet 1864, Denis (Achille), âgé de 75 ans, monte à l'infirmerie générale de Bicêtre, et se couche au n° 3 de la salle Saint-André du service de M. Léger. Il avait du catarrhe et de l'emphysème pulmonaires avec hypertrophie du cœur.

Le 20 juillet au matin, nous fûmes surpris de voir le malade présentant tous les signes de l'hémorrhagie cérébrale; il était hémiplegique à droite, plongé dans un coma profond, dont il ne sortit pas jusqu'au 22 juillet, jour de sa mort.

A l'autopsie, nous trouvâmes les lésions de l'hémorrhagie cérébrale capillaire dans l'hémisphère gauche.

Depuis sept ans, Denis portait à l'épaule droite une luxation non réduite pour laquelle plusieurs tentatives de réduction avaient été faites. Sur le vivant nous avions reconnu une luxation intra-coracoïdienne aux signes suivants :

L'acromion forme une saillie prononcée au-dessous de laquelle existe une dépression considérable.

Le coude est porté en dehors écarté du tronc, au contact duquel il ne peut être ramené.

L'humérus est fortement incliné en dedans au niveau de l'insertion du deltoïde, parcequ'il n'a plus sa tête sous l'acromion, mais en dedans de l'apophyse coracoïde.

Il y a rotation du bras en dehors; ce cas serait exceptionnel, car on lit dans l'ouvrage de M. Malgaigne, page 510, que dans la luxation intra-coracoïdienne, la rotation du bras en dedans est la règle; mais il admet des exceptions.

La longueur des membres est changée; il me semble à la mensuration qu'il y a un raccourcissement de un centimètre. D'après M. Malgaigne, le raccourcissement est exceptionnel et l'allongement la règle.

Les mouvements volontaires sont gênés et très limités, surtout les mouvements d'élévation du bras en dehors, et en haut de rotation et de circumduction. Les mouvements communiés sont difficiles.

En portant les doigts dans l'aisselle, sans changer la position du bras, on ne trouve aucune saillie accusant la tête humérale : on sent seulement la face interne de l'humérus rap-

prochée des côtes ; mais si l'on écarte le bras en dehors, on sent la tête qui s'abaisse et se rapproche, et quand le bras est relevé horizontalement, on la sent, pour ainsi dire, à nu sous les téguments.

Dans le creux sous-claviculaire on voit et on sent une tumeur arrondie, mobile, dans les mouvements du bras, formée par la tête humérale luxée. Le grand et le petit pectoral sont soulevés en avant.

En enfonçant profondément le doigt en dehors de la tumeur sous-claviculaire, on finit par sentir l'apophyse coracoïde, placée de telle sorte que les trois quarts de la tête humérale se trouvent en dedans du bec coracoïdien. Ce n'est pas encore une luxation sous-claviculaire, car la tête humérale est séparée de la face inférieure de la claviculaire par un intervalle assez grand.

M. Velpeau a souvent noté une crépitation très forte dans les mouvements du bras, surtout si on embrasse à pleine main le sommet de l'épaule, pendant que de l'autre main on imprime des mouvements de rotation et de refoulement de l'humérus. Je n'ai pas cherché cette crépitation, mais il est probable qu'elle existait, car à l'autopsie nous trouvâmes des corps étrangers libres dans l'articulation nouvelle, et des plaques calcaires dans la capsule articulaire.

Anatomie pathologique. La tête humérale est complètement luxée, c'est-à-dire qu'elle ne repose pas du tout sur le bord interne de la cavité glénoïde ; elle est entourée de végétations osseuses très volumineuses, surtout au niveau des deux trochanters. Elle roule dans une cavité nouvelle creusée sur le col de l'omoplate aplati et déprimé, et complétée par la partie voisine de la fosse sous-scapulaire. Elle est placée un peu au-dessous et très en dedans du bec coracoïdien ; elle répond en dedans à la deuxième et à la troisième côte, dont elle est séparée par le muscle sous-scapulaire. Il n'y a pas trace de facette articulaire sur les côtés.

Le bec coracoïdien se trouve au-dessus et en dehors de la coulisse bicépitale.

Tout autour de la nouvelle cavité articulaire, existe un bour-

relet saillant, formé de tissu fibreux épais, surtout du côté du muscle sous-scapulaire.

Il s'est formé une nouvelle capsule articulaire très épaisse, forte, résistante, dont les tendons des muscles font partie. Les deux trochanters sont à leur place; les tendons des muscles y prennent encore attache: seulement au-dessus d'eux il s'est produit des végétations osseuses dont le volume les dépasse de beaucoup.

Dans l'épaisseur des tendons des muscles, près de leurs insertions, on trouve des productions dures, cartilagineuses et même osseuses, qui feraient croire que ce sont les restes des trochanters arrachés. Cela ne serait pas impossible; les productions ressemblent à des os sésamoïdes; il y en a une sous forme d'une large plaque osseuse dans le tendon du sous-scapulaire; celles des sous-épineux, petit-rond, et sus-épineux sont arrondies.

La synoviale de la nouvelle articulation présente toutes les lésions de l'arthrite sèche, des fongosités rougeâtres, bourgeonnantes, des érosions des cartilages, et on trouve dans sa cavité des petits corps étrangers cartilagineux, libres, au nombre de quatre: un gros comme un noyau de cerise, et les trois autres comme des grains de riz.

Entre les deux surfaces articulaires, il existe une bride fibreuse assez résistante, étendue de la tête humérale à la cavité scapulaire nouvelle.

L'ancienne cavité glénoïdienne articulaire est complètement vide; elle s'est peu rétrécie, toujours concave, et pleine de parties molles rougeâtres faciles à enlever.

Il existe une forte bande fibreuse étendue de la face inférieure de l'acromion au col chirurgical de l'humérus, auquel elle s'attache au-dessous du tendon du muscle sous-épineux. Cette bande, très forte, se tend quand on cherche à imprimer à l'humérus un mouvement de rotation de dehors en dedans.

Dans le point où la tête humérale est en rapport avec le bec coracoïdien (dont elle est toujours séparée par la capsule), il s'est formé une bourse muqueuse.

Rapports de la tête humérale avec les muscles. — La tête hu-

mérale, dans la fosse sous-scapulaire, est placée sous le muscle sous-scapulaire, d'où le nom de luxation sous-scapulaire que lui a donné M. Velpeau. En avant les muscles petit et grand pectoral la recouvrent aussi.

Les muscles coraco-brachial et biceps, au lieu d'être en dedans de l'humérus, et en dedans de l'articulation comme à l'état normal, sont à son côté externe en dehors de la tête humérale, puisque celle-ci est en dedans de l'apophyse coracoïde; ils croisent la face externe et le bord antérieur de l'humérus, pour venir se placer à sa face interne, et ce croisement se fait au moyen d'une gouttière anormale formée par un bourrelet osseux développé sur la face externe et le bord antérieur de l'humérus. Cette gouttière prouve que la luxation est très ancienne.

La longue portion tendineuse du biceps n'a pas été arrachée; elle passe dans sa gouttière sous les muscles coraco-brachial et courte portion du biceps, pour aller s'insérer au bord supérieur de l'ancienne cavité glénoïde. Le grand pectoral recouvre tous ces muscles.

Le petit rond, le sous-épineux et le sus-épineux, offrent une disposition très intéressante. Pour ne pas abandonner la tête de l'humérus luxée, ils se sont allongés de toute la longueur qui existe entre la cavité glénoïde ancienne et la nouvelle articulation : leurs tendons passent en avant de la cavité glénoïde, comme sur une poulie. Pour voir la cavité glénoïde, il faut écarter ces tendons; ils vont s'attacher au grand trochanter, et on comprend facilement comment, à cause de leur réflexion et de leur allongement, ils tirent la tête humérale de façon à ce que l'humérus soit toujours dans la rotation en dehors.

Le paquet vasculo-nerveux passe en avant et en dedans de la tête humérale. Il repose sur cette tête.

Sur le même sujet (mais seulement après la mort, nous ne l'avions pas remarqué sur le vivant), en faisant exécuter des mouvements à l'articulation du coude, on trouvait de la raideur articulaire, et on sentait des craquements produits par le frottement de corps étrangers les uns contre les autres. A cette raideur et à ces craquements, M. Foucher, chirurgien de Bi-

côte, diagnostiqua des corps étrangers articulaires avec arthrite sèche.

En ouvrant le coude, nous trouvâmes dans la *partie antérieure de l'articulation* quatre corps étrangers, dont : 1° un libre, de nature cartilagineuse, avec plaques osseuses, arrondi, gros comme une lentille ; les trois autres sont adhérents à la synoviale ; 2° l'un occupe la cavité coronoïdienne de l'humérus, et est pédiculisé ; son pédicule est fibro-vasculaire ; il jouit d'une grande mobilité ; il a la forme et le volume d'une petite aveline ; il est cartilagineux, et passe à l'état osseux. 3° et 4° Les deux autres, moins volumineux, ont des adhérences plus nombreuses et plus résistantes ; leur mobilité est très bornée ; ils sont fixés au bord externe de l'apophyse coronoïde.

Dans la flexion de l'avant-bras sur le bras, ces corps s'appliquaient les uns contre les autres, et empêchaient les mouvements de flexion de se faire dans toute leur étendue physiologique.

En arrière, en ouvrant la bourse muqueuse sous-cutanée qui recouvre l'olécrâne, nous vîmes, sous la synoviale de cette bourse, une foule de petits corps blanchâtres cartilagineux, gros comme des grains de sel ; quelques-uns, plus volumineux, commençaient à faire saillie, en repoussant devant eux la synoviale ; cette remarque permet de comprendre la marche que suivent les corps étrangers articulaires dans leur développement. Comme nous les voyons se développer dans la bourse muqueuse olécrânienne, ils se développent de même dans les cavités articulaires. La théorie de Laennec semble donc confirmée.

Dans cette bourse sous-cutanée olécrânienne, il n'y avait pas encore de corps étranger pédiculisé, ni libre : tous ces petits grains sous-synoviaux auraient pu finir par former des corps pisiformes libres dans cette bourse muqueuse.

Dans la partie postérieure de la synoviale du coude, nous trouvâmes encore trois corps étrangers : 1° l'un, gros comme une lentille, était très adhérent, très fixe, et les deux autres gros chacun comme un noyau de petit abricot ; 2° le second occupait le fond de la cavité olécrânienne de l'humérus, la

comblait presque complètement, et ne l'abandonnait jamais; aussi les mouvements d'extension étaient-ils très bornés, puisque l'olécrâne ne pouvait se placer dans sa cavité olécrânienne humérale; 3° le troisième occupait l'espace compris entre les surfaces articulaires et la synoviale; il était assez mobile, latéralement seulement, et présentait deux pédicules fibreux qui le fixaient, l'un en bas au sommet de l'olécrâne, et l'autre en haut, au fond de la cavité olécrânienne de l'humérus.

Outre les corps étrangers que renfermait cette articulation, on y trouvait toutes les lésions d'une arthrite sèche chronique; tous les culs-de-sac de la synoviale étaient remplis de fongosités saillantes, bourgeonnantes, rouges, qui enveloppaient en partie les corps étrangers les plus adhérents; ils s'avancèrent dans la cavité articulaire sous forme de houppes ou de franges vasculaires. La synoviale contenait une très petite quantité de sérosité citrine.

19. M. Lamare fait la communication suivante :

Une femme de 24 ans, couturière, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 30 avril 1863, service de M. le Dr Axenfeld.

Cette malade eut, il y a cinq ans, une fièvre typhoïde assez légère. Deux mois après, elle fut prise d'un rhumatisme articulaire subaigu dont elle se ressentit pendant près d'un an. Depuis lors, jamais elle n'eut de manifestations rhumatismales, soit musculaires, soit articulaires, jamais de palpitations.

Le 25 avril dernier, après quelques jours de malaise, cette femme fut prise d'une rougeole qu'elle contracta près d'enfants qu'elle soignait.

L'éruption sortit le 25, pâlit le 27, et disparut entièrement le 28.

En même temps, la toux, d'abord légère, devint quinteuse, très-fatigante; la voix s'éteignit.

Oppression vive; bouche sèche, pâteuse, sans amertume; pas de nausées.

La malade entra à l'hôpital le 30 avril.

Figure anxieuse, violacée; respiration haute, très-pénible. Submatité dans les deux tiers supérieurs du poumon droit. Râles sous-crépitaux à ce niveau, gros râle muqueux dans la reste de la poitrine. Pouls à 112, assez fort. Cœur normal quant au volume, souffle à la base et au premier temps assez doux. Le cœur fut d'ailleurs peu souvent ausculté, parce qu'il n'y avait pas de palpitations et que l'auscultation était très-pénible à la malade.

Rien de nouveau ne se montra jusqu'à la mort de la malade, sauf une douleur très-vive accusée tout d'un coup par elle dans la cuisse gauche.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

Le cerveau était sain.

Les artères pulmonaires étaient parsemées jusqu'à leur division de productions athéromateuses qui existaient dans un grand nombre d'artères, notamment dans les carotides. On ne signala pas de foyer tuberculeux dans les poumons. Les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient ulcérées par places et présentaient des tubercules, espèces de végétations d'aspect gangréneux.

Le foie, et surtout le rein, présentaient des infarctus; dans ce dernier surtout ces dépôts étaient très-considérables; ils avaient parfaitement l'apparence de coins à base dirigée vers la périphérie, à sommet interne. Les artères rénales étaient oblitérées.

Voici ce que l'examen microscopique, fait par M. Damaschino, interne à l'Hôtel-Dieu, lui permit de constater :

1° *Valvules sigmoïdes.*

Une coupe fine des portions verruqueuses fait voir à un faible grossissement une masse d'apparence amorphe qui réunit et semble souder les éléments normaux. A un grossissement plus fort, on reconnaît des granulations fines infiltrées dans les points peu malades entre les éléments conjonctifs et élastiques (peut-être dans les cavités aréolaires). Au centre de la portion la plus altérée, les éléments normaux ont disparu; la surface, irrégulière, ulcérée, est formée uniquement de ces mêmes granulations, plongées dans une masse amorphe. L'acide chromique, dans lequel on a fait durcir la pièce,

l'acide acétique concentré, employé à plusieurs reprises, ne changent en aucune façon l'aspect de la préparation. Les granulations résistent à leur action. Un très-petit nombre d'entre elles disparaissent par l'éther, et sont par conséquent de nature graisseuse.

2° *Reins*. L'oblitération de quelques-unes des branches de l'artère rénale peut être aisément poursuivie dans des ramifications plus ténues. Sur un grand nombre de points, on rencontre des concrétions dans les vaisseaux des glomérules, et même dans quelques-unes des artérioles d'Arnold. Les épithéliums des tubuli sont partout conservés ; dans quelques tubuli flexueux, ils sont infiltrés de rares granulations graisseuses. Quant aux coagulum vasculaires, leurs granulations se comportent aux divers réactifs comme les portions ramollies des valvules sigmoïdes.

M. Martineau : Les auteurs allemands n'admettent pas que les rameaux de l'artère pulmonaire puissent être le siège d'adhérences au delà de la deuxième division. Cependant j'ai présenté à la Société de Biologie (1864), deux exemples d'adhérences étendues à toutes les divisions de l'artère pulmonaire, et je ferai remarquer que le fait de M. Lamare vient confirmer mes deux observations.

M. Luys : Il est impossible de méconnaître ici les ulcérations des valvules sigmoïdes ; si maintenant on examine le rein droit, on voit qu'il est le siège d'un infarctus reconnaissable à sa couleur bien distincte du reste de l'organe, à sa surface sinueuse, inégale, faisant saillie à la surface rénale. En présence de ces altérations concomitantes, il est bien difficile de ne pas admettre que l'altération rénale ne soit pas la conséquence de la lésion des valvules du cœur, et qu'on ait eu affaire, dans ce cas, à une embolie moléculaire.

13. *M. Pelvet* montre un *anévrisme de la crosse de l'aorte*, développé à la naissance de cette artère, tout près des oreillettes. Les signes fournis pendant la vie étaient les suivants :

Oedème des deux jambes et du bras gauche.

Près du sternum, à gauche, une tumeur sans battements.

A l'autopsie, on a trouvé à la naissance de l'aorte une tumeur anévrysmale remplie de caillots actifs qui oblitéraient le tronc brachio-céphalique gauche et les deux carotides.

Le tronc veineux brachio-céphalique gauche était comprimé.

La veine jugulaire dilatée était remplie par un caillot, ce qui donnait lieu à la tumeur observée pendant la vie.

24. M. Fritz met sous les yeux de la Société une *embolie de l'artère carotide interne*, dont le départ est une ulcération de la valvule mitrale.

Le diagnostic n'a pas été fait pendant la vie du malade, sur lequel on n'avait du reste aucuns renseignements.

Les symptômes observés furent les suivants :

Paralysie des extrémités et de la face du côté opposé à la lésion à gauche ; la motilité et la sensibilité étaient complètement abolies.

De plus, il y avait du chémosis et bouffissure de la paupière de ce côté, ce qui avait fait penser à une phlébite du sinus caverneux. Le cœur présentait un bruit de souffle râpeux au premier temps et à la pointe.

M. Luys : Cette présentation est très-intéressante au point de vue des symptômes observés pendant la vie, et des lésions trouvées à l'autopsie. Je demanderais'il n'y a pas d'autres faits analogues dans la science ; car, ayant observé une malade qui succomba à des accidents cérébraux, avec une fonte purulente de l'œil, je me suis demandé si, dans ce cas, il n'y avait pas une embolie de l'artère centrale de la rétine.

M. Fritz : Je n'ai pas vu, pour mon compte, de faits analogues ; mais plusieurs ont été publiés.

Virchow a montré des embolies de l'artère ophthalmique.

Un fait a été rapporté par Meckel ; mais il s'agissait de femmes accouchées récemment, et probablement il y avait eu endocardite puerpérale.

Lebert a publié un fait d'embolie de l'artère ophthalmique.

Langenbeck a observé une embolie de l'artère centrale de la rétine, et un de ses élèves a publié sur ce sujet un travail basé sur cinq à six observations.

Ce qu'il importe de signaler, c'est qu'à la suite de ces lésions, tantôt on a observé des phénomènes très-graves, tels que la fonte de l'œil, et tantôt de simples troubles fonctionnels, qui ont disparu plus ou moins rapidement.

Et, pour mon compte, je ne me rends pas très-bien compte de ces différences; car les anastomoses de l'artère centrale de la rétine ne sont pas suffisantes pour permettre le rétablissement de la circulation.

M. Broca demande comment on a pu constater ces altérations dans les cas de guérison.

M. Fritz répond que, dans le fait de Langenbeck, le diagnostic a été porté au moyen de l'ophthalmoscope, mais que la lésion a été constatée à l'autopsie dans un fait publié dans le journal de Wursbourg.

M. Houel fait remarquer qu'à l'aide de l'ophthalmoscope on peut facilement constater des caillots dans les capillaires qui se distribuent à la rétine.

M. Dolbeau: *M. Fritz*, tout à l'heure, n'a admis qu'avec beaucoup de réserve les anastomoses de l'artère centrale de la rétine; or, lors d'un concours du prosectorat, ayant fait des recherches sur ce sujet, après plus de 100 injections, je suis arrivé au résultat suivant: Je crois qu'il n'existe pas de communication entre les ramifications de l'artère centrale de la rétine et les capillaires des autres parties de l'œil, telles que les artères iridiennes ou choroïdiennes.

M. Broca émet quelques doutes sur le résultat fourni par ces injections, qui n'ont pas été tentées par l'artère centrale de la rétine, mais faites toujours par le cœur.

M. Guiraud présente l'estomac d'un homme qui était affecté de *pemphigus chtonique*, et qui est mort d'épuisement dans le service de *M. Hardy*:

La surface interne de l'estomac présente sept à huit ulcérations arrondies, régulières, dont la dimension varie de 1 à 3 centimètres; les unes sont exactement rondes, les autres un peu ovales. Ces ulcérations sont très-superficielles, leurs bords sont comme taillés à l'emporte-pièce. Le fond des unes est terne et contraste avec le vernis de la muqueuse environnante. On voit qu'il n'existe plus d'épithélium ni même de muqueuse, et que ce fond est constitué par la tunique celluleuse mise à nu. Quelques autres présentent une surface noirâtre, comme mélanique, qui ressemble tout à fait à du sang épanché. C'est leur seule différence. En examinant au microscope le fond des premières ulcérations, on ne trouve plus de trace d'épithélium, ni de tissu glandulaire; c'est le tissu sous-muqueux dans lequel les fibres conjonctives ont disparu pour la plupart, et qui est réduit à des fibres élastiques feutrées avec quelques noyaux. Si l'on examine de même la surface noirâtre qui revêt le fond de certaines ulcérations, on voit au milieu d'une trame de fibres élastiques une grande quantité de granulations graisseuses et de fragments irréguliers, bruns, et quelques vaisseaux capillaires, dont les parois sont distinctes, mais ne présentent pas de noyaux. De plus, les vaisseaux présentent des dilatations fusiformes; ils contiennent, dans presque toute leur étendue, des fragments irréguliers, volumineux, bruns, plus foncés que ceux environnants et sans structure apparente; sur quelques points cependant, ces masses semblent constituées par une série de globules; sur d'autres enfin, on voit d'une manière très-distincte les globules sanguins qui les forment.

M. Robertet rappelle que l'année dernière il a présenté à la Société des lésions de l'estomac identiques rencontrées dans les mêmes conditions, et que M. Chalvet a présenté un fait de pemphigus de l'intestin.

En présence de ces trois cas, il est donc permis d'admettre que dans certaines affections cutanées il se produit une éruption analogue sur la muqueuse du tube digestif.

M. Ranvier. L'étude de ces ulcérations est très-intéressante: la muqueuse a disparu et la couche musculieuse est à nu, recouverte par une couche pulpeuse noirâtre, mélanique, d'une struc-

ture très curieuse. Le sang, coagulé dans l'intérieur des capillaires, se présente sous l'aspect de fragments bruns ajoutés bout à bout et analogues à ceux que Virchow a décrits dans les embolies capillaires. Dans ce cas, les vaisseaux capillaires sont entourés d'un stroma fibrillaire dans lequel se voient un grand nombre de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. M. Chalvet, qui a étudié avec soin l'urine des malades atteints de pemphigus, y a trouvé un grand nombre de ces cristaux.

De plus, dans ce fait le foie était atteint de stéatose, et cette altération, selon M. Cazenave, serait très commune, sinon constante dans le pemphigus.

M. Chalvet : La présence de cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens de l'urine n'est pas un fait propre au pemphigus; de même que la stéatose du foie, ces cristaux se retrouvent dans toutes les cachexies. Dans d'autres conditions, lorsque le système nerveux est profondément lésé, dans les maladies nerveuses, à la suite de violentes attaques d'hystérie, ce sont les phosphates alcalins qui dominent dans l'urine.

Lorsque la quantité d'urine éliminée est très abondante, ce liquide est riche en sulfate. Il y aurait donc corrélation entre les divers genres de maladies et les sels éliminés par les urines. Je poursuis depuis longtemps des recherches à ce sujet, et j'espère pouvoir en faire part prochainement à la Société.

M. Fritz : Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs allemands ont rattaché l'ulcère de l'estomac à des embolies capillaires et ont précisément donné la même description des caillots que celle faite tout à l'heure par M. Ranvier. Or, comme dans ce cas il s'agit manifestement de coagulations sur place, leur erreur s'explique, et il faut se méfier de l'extension du rôle que l'on veut faire jouer en Allemagne aux embolies.

16. M. Fritz donne les détails suivants relatifs à l'autopsie d'une femme albuminurique, qui a succombé dans le service de M. Trousseau.

Cette malade avait présenté, pendant les 48 heures qui ont

précédé sa mort, une absence tout à fait complète de sécrétion urinaire.

Les reins offraient le dernier degré de l'atrophie brighthique; il existait, en outre, une hypertrophie du ventricule gauche, sans aucune trace de lésion valvulaire.

Or, Traube admet que le ventricule gauche s'hypertrophie à la suite de l'obstruction des capillaires du rein, et les accidents comateux et convulsifs qu'on a attribués à l'urémie ne sont pour lui que le résultat d'une exsudation séreuse du cerveau, d'une anémie de cet organe. Si les hémisphères sont anémiés, on a la forme convalescente; la forme convulsive si c'est le mésocéphale.

Dans le fait que je signale ici, les hémisphères comme le mésocéphale étaient frappés d'anémie, et il n'y avait pas eu la moindre convulsion. Si la lésion cardiaque vient confirmer sa théorie sur la production de l'hypertrophie du ventricule gauche, les altérations cérébrales viennent contredire celle qu'il a émise sur les accidents dits urémiques.

M. Cornil: Il n'est pas rare de rencontrer dans l'albuminurie l'hypertrophie du ventricule gauche sans lésion valvulaire. Bright l'avait déjà signalée; Rosenstein, dans un relevé fait à ce sujet, l'a trouvée 25 fois sur 135 cas. Mais les lésions cardiaques se rencontrent au début de l'albuminurie, ce qui ne concorde pas avec la théorie de Traube, qui a été du reste vivement attaquée par Bamberger.

CANCER DE L'INTESTIN ET DU POUMON CHEZ UNE ALIÉNÉE
ATTEINTE DE MÉLANCOLIE.—THROMBOSE DES VEINES FÉMORALE,
ILIAQUE EXTERNE ET PRIMITIVE. — Observation par M. RE-
GNARD, interne des hôpitaux.

La nommée Cadillon est entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger, le 20 mars 1864.

Elle y est déjà venue deux fois, en 1858 et 1862, pour être traitée du même genre de délire, consistant en une mélancolie simple, n'offrant d'ailleurs rien de particulier à noter; il y a

eu dans le temps des idées et peut-être une tentative de suicide.

La sensibilité, la motilité sont intactes; la malade est sujette à la diarrhée. Sous le rapport des autres fonctions, son état était assez satisfaisant pour lui permettre de vivre dans les cours, au réfectoire, etc.

Il y a six semaines environ, on me la fit voir à la visite; elle était couchée avec la jambe droite un peu œdématisée: d'ailleurs, elle ne s'en plaignait pas. Elle avait de la diarrhée, qui céda momentanément à l'emploi des préparations opiacées et astringentes.

Vers le commencement d'août, son état mental s'était assez amélioré, pour qu'on pût de nouveau lui signer sa sortie, lorsque le 15 au matin, nous la trouvâmes couchée et dans un état de faiblesse et de prostration considérable.

Le pouls était petit, à 110 environ, la peau chaude: la malade parlait peu, se plaignait d'étouffements.

La langue et les lèvres étaient sèches, un peu collantes; diarrhée abondante, et jaunâtre depuis la veille.

Pas de bruit anormal au cœur, mais quelques irrégularités; en un mot, les phénomènes de l'asystolie. Respiration faible, mais perceptible dans tout le poumon.

La jambe droite est notablement œdématisée; le gonflement diminue insensiblement à partir du genou. Blancheur complète des téguments; pas de douleurs. Sensation d'une corde tendue sur le trajet des vaisseaux fémoraux.

Toniques et astringents.

Tous ces phénomènes persistent en s'aggravant, et le surlendemain on trouve la malade avec la peau froide, le pouls petit, irrégulier, la respiration stertoreuse: la mort arrive dans la soirée.

Autopsie le 22 août. Cadavre amaigri; bien que la mort ne remonte qu'à trente heures, l'abdomen est déjà verdâtre dans toute son étendue.

Crâne. L'arachnoïde et la pie-mère sont rouges, un peu congestionnées, s'enlèvent assez facilement.

Le poids de l'encéphale est de 1,015 grammes; les deux hé-

misphères sont égaux : la substance cérébrale est saine. Un peu de congestion à la partie postérieure.

Thorax. Les poumons sont refoulés à la partie supérieure, collés dans toute leur étendue aux côtes par d'anciennes adhérences; hépatisation grise dans le lobe supérieur du côté gauche.

A la base du poumon droit, nombreux noyaux indurés ; un de ces noyaux, du volume du pouce, est blanc, opaque, lardacé, et offre toutes les apparences du tissu cancéreux.

Le cœur est petit, flasque, décoloré ; les parois ventriculaires sont extrêmement amincies : il ne pèse que 150 grammes. Ses cavités ne renferment que quelques gouttes de sang noir et fluide.

Abdomen. Tous les viscères apparaissent avec les veines bleuâtres et distendues ; le foie est relativement volumineux et hyperémié. Un certain nombre de ganglions mésentériques offrent l'aspect cancéreux.

Le cœcum est entouré d'une masse cancéreuse, dure, lardacée, qui semble faire corps avec lui ; sa capacité est moitié moindre qu'à l'état normal, et sur sa paroi postérieure, on remarque une large ulcération avec des bords à pic d'au moins deux millimètres.

La veine fémorale du côté droit est occupée dans toute son étendue par un caillot qui l'obstrue complètement. Il commence inférieurement au niveau de la bifurcation de la veine poplitée, remonte jusqu'aux veines iliaque externe et iliaque primitive, qu'il envahit complètement, et s'élève jusqu'à une hauteur de quatre à cinq centimètres dans la veine cave.

Il n'occupe guère que la moitié du calibre de cette dernière, ainsi que de celui de l'iliaque primitive ; mais remplit comme une injection toutes les autres portions signalées. Il n'adhère pas aux parois des veines.

MORT. — AUTOPSIE. — DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU CŒUR ET DU FOIE. — SCLÉROSE DE LA MOELLE. Observation par M. REGNARD, interne des hôpitaux.

La nommée Rocher, femme Mernin, est entrée à la Salpêtrière le 25 juillet 1864, dans le service de M. Baillarger.

Il a été malheureusement impossible de se procurer aucune espèce de renseignement sur les antécédents de cette femme; le certificat du médecin de la préfecture (M. Lasègue) la signale comme atteinte d'*alcoolisme chronique*, arrêtée pour vagabondage.

Elle est de petite taille, brune; son dossier porte trente-quatre ans; elle en paraît bien quarante-cinq; elle raconte qu'elle est mariée depuis deux jours; elle brode, fait de la dentelle, n'est plus marchande de pommes de terre frites et gagne dix francs par jour.

La parole est embarrassée, par intervalles hésitante: les pupilles sont manifestement inégales, la droite plus dilatée; la langue et les lèvres sont agitées de tremblement fibrillaire.

Par moments elle agite les mains comme pour chasser quelque bête invisible: elle nous montre du doigt des objets imaginaires.

La démarche est inégale, chancelante, la sensibilité obtuse aux membres supérieurs et inférieurs.

Notre attention est surtout attirée par les mains de la malade qui présentent les caractères suivants:

Sur le dos de chacune d'elles existe un érythème caractéristique exactement limité, surtout à gauche, par une *manchette* remontant à deux travers de doigt environ au-dessus du pli du poignet, d'une couleur rouge brun, bronzée par places, donnant tout à fait l'idée d'une chair rôtie et saisie devant un feu ardent. Les doigts sont brunâtres, ridés et sillonnés de plaques écailleuses, présentant parfaitement cet aspect qui les a fait comparer à une *patte d'oie*.

Un érythème semblable occupe la partie postérieure du cou, depuis la racine des cheveux jusqu'à une ligne parfaitement nette correspondant exactement à l'échancrure de la robe.

La peau du front et des pommettes est écailleuse, bronzée et rayée de plis nombreux.

Langue rose, pas de diarrhée; la malade mange assez bien.

Le 31, l'épiderme au niveau du poignet est soulevé à droite et à gauche par de larges bulles et phlyctènes; la malade est trop faible pour se lever.

Le 2 août, on constate l'état suivant : à gauche, une large surface comprenant la moitié latérale externe du dos de la main, montre le derme à nu, rose et saignant : le dos de la main droite est dépouillé presque complètement au cou; on remarque aussi quelques plaques saignantes dépouillées d'épiderme.

Les lèvres, surtout l'inférieure, sont fendillées et recouvertes de croûtes sèches et fuligineuses : la langue est rose, lisse, mais avec des sillons irréguliers et en partie transversaux.

Soif ardente : la malade dit qu'elle *boirait la Seine*. *Pyrosis*; elle a le *feu* dans l'estomac; selles régulières.

Le pouls n'est pas augmenté de fréquence : il est faible, par moments irrégulier; les battements du cœur sont obscurs :

4 août. La malade cause beaucoup et sans hésitation : elle a dix-huit ans, son fils en a dix-huit aussi.

Actuellement, elle dort sur l'or; elle a cent mille francs à donner; on lui a volé ses diamants, etc. Elle boit chaque jour trois litres de vin, un litre d'eau-de-vie, etc.

L'état général se soutient assez bien jusqu'au 7; ce jour-là, nous trouvons la malade notablement affaiblie et prostrée; la peau est chaude, le pouls très faible et déprimé, à 70.

Elle bredouille en parlant, se plaint de la soif : tous les autres signes persistent; le cou est complètement à vif et saignant comme les mains : sensibilité très obtuse aux jambes.

M. Baillarger, qui a observé la pellagre en Lombardie, n'en a pas vu d'exemple plus caractérisé; mon collègue, M. Bouchard, n'en a vu que deux aussi frappants.

Le 8 août, il y a un peu de diarrhée; l'affaissement est considérable; le derme commence à sécher aux mains et au cou

de larges lames d'épiderme s'enlèvent aux doigts de la main gauche.

Le 9, le pouls est à peine perceptible, la respiration stertoreuse; la diarrhée continue malgré l'emploi des moyens ordinaires.

Mort le 10, à 5 heures du matin.

Autopsie (28 heures après la mort). Rigidité cadavérique, pas d'émaciation, couche grasseuse épaisse sous la peau, muscles peu volumineux.

Crâne. Le crâne enlevé, la dure-mère apparaît avec ses sinus engorgés, bleuâtres.

L'encéphale pèse 1,035 grammes, les deux hémisphères sont égaux; 60 grammes de sérosité sanguinolente.

Congestion de la pie-mère, aucune trace d'adhérences.

Les circonvolutions offrent l'aspect normal; le grattage des lobes antérieurs par le procédé indiqué par M. Baillarger ne donne aucun résultat : un peu d'induration des crêtes du lobe gauche, dont la consistance est à coup sûr plus grande que dans le lobe droit.

La substance grise à la coupe est rosée par places, très injectée au niveau des corps striés et des couches optiques.

La substance blanche offre le piqueté caractéristique et prononcé de la congestion.

Rien d'anormal dans les ventricules, le *cervelet* est fortement congestionné, ainsi que la moelle allongée qui est rosée à la coupe.

Moelle épinière. — La *moelle* paraît saine; mais à la coupe et dans presque toute son étendue se trouve une tache grisâtre dans la substance blanche à l'extrémité des cordons postérieurs.

L'examen microscopique fait par M. Bouchard décèle à ce niveau la présence d'un grand nombre de *corps amyloïdes* et de *corpuscules du tissu conjonctif*; les capillaires sont volumineux.

Cavité thoracique. — Les *poumons* sont sains.

Le *cœur* est de volume normal, mais les parois en sont presque complètement transformées en tissu grasseux.

Au *microscope* la plupart des faisceaux musculaires sont

remplis par des granulations grasses; de loin en loin, quelques faisceaux striés.

Abdomen. — Le tube digestif est sain.

Le foie est volumineux, hyperémié, et offre les apparences du foie gras au début : l'examen microscopique montre ses cellules envahies par la graisse.

M. Bouchard : J'insisterai sur l'érythème des mains qui était très marqué, et qui se voit rarement aussi intense, même dans les pays à pellagre endémique. Chez cette femme, pendant la vie, l'épiderme était soulevé par une sérosité lactescente, comme celle d'un vésicatoire, tandis qu'habituellement chez les pellagreaux il ne se fait qu'une desquamation lamelleuse. L'érythème excessif qui existe chez les aliénés s'explique facilement : leur sensibilité est émoussée, leur intelligence est obscure, et ils restent exposés à l'insolation qui est la seule cause de l'érythème pellagreaux, affection toute secondaire à mon sens.

M. Laborde : Les lésions médullaires constatées dans ce fait de pellagre me paraissent dignes d'attention, et à ce sujet je me rappelle avoir vu à Milan, dans le service de M. le Dr Bini, plusieurs pellagreaux atteints d'affaiblissement des membres inférieurs; mais ce n'était pas de la paralysie, je ne puis mieux comparer leur état qu'à celui des gens qui présentent une lésion du cervelet. J'ai même assisté à l'autopsie d'un de ces malades, et la moelle examinée à l'œil nu paraissait très saine.

De plus je demanderai à M. Bouchard, qui a étudié pertinemment la question, s'il admet une différence entre la pellagre proprement dite et la pellagre des aliénés.

M. Bouchard : La paraplégie n'est pas rare chez les pellagreaux, et les lésions de la moelle ont même été exagérées de fréquence; on pourra consulter à ce sujet le travail de M. Gintrac qui donne un relevé du degré de fréquence des altérations de la moelle et de ses enveloppes. M. Laborde vient de nous dire que les malades qu'il a vus n'étaient pas atteints de paralysie proprement dite, qu'il y avait plutôt chez eux défaut d'équilibre; il en était de même chez la malade de M. Regnard, il y avait paraplégie apparente, défaut de coordination, ataxie

locomotrice comme on voudra; et les lésions médullaires sont tout à fait celles de l'ataxie locomotrice. On ne saurait trouver un accord plus parfait entre le symptôme et la lésion. Du reste, ce fait n'avait pas échappé à Hameau, un des premiers qui décrit la pellagre. Ce sagace observateur indique qu'un grand nombre de pellagreaux ont leurs membres forts et vigoureux, mais que chez eux il y a défaut de coordination.

Quant à la distinction entre la pellagre et les affections pellagreauses chez les aliénés, je la crois tout au moins subtile.

Dans les asiles, on voit des aliénés qui présentent tous les symptômes de la pellagre. C'est un fait incontestable : il faut s'en tenir là.

Toute la question réside dans l'étiologie. Dans certains asiles, les pellagreaux sont dans des conditions de cachexie tout à fait analogues à celles des habitants des pays où la pellagre est endémique. La pellagre est avant tout une maladie de misère; elle ne se voit que dans les asiles où l'on fait des économies de nourriture, où, comme je l'ai vu, on ne donnait que vingt centilitres de vin par semaine aux malades. Améliorez le régime alimentaire, et la pellagre disparaîtra; revenez à l'ancien régime (l'expérience a été faite,) la pellagre apparaîtra de nouveau. Pour les aliénés, comme pour les gens sains d'esprit, les causes sont les mêmes.

**RUPTURE DE L'AORTE, ÉPANCHEMENT DE SANG LE LONG DES
ARTÈRES PULMONAIRES ET DES BRONCHES JUSQU'AUX POUMONS.
— Observation par M. LACROUSILLE, interne des hôpitaux.**

La nommée Chaudergue (Marie-Éléonore), âgée de 69 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière le 30 décembre 1863. Voici ce qu'elle raconte : Régée à 12 ans, elle a cessé de l'être à 45, et a eu deux enfants. Elle est sujette à des étouffements depuis 4 à 5 ans. On constate chez elle une sonorité exagérée de la poitrine, avec des râles sous-crépitaux du côté gauche.

Elle entre à l'infirmerie pour un saignement du nez qui a

débuté à trois heures et demie du matin, et qui n'est pas encore arrêté. Il s'est montré, dit-elle, à la suite d'un coup sur la partie postérieure de la tête. Déjà, il y a quinze jours, elle avait saigné du nez pour la première fois; mais ce saignement n'avait pas duré longtemps. Il y a trois jours, nouvelle épistaxis très-légère. On ne trouve rien au cœur. Il n'existe pas de paralysie. Ses mains ont repris de la force depuis son entrée à la Salpêtrière; cependant elles sont encore très-décharnées, et les muscles interosseux extrêmement atrophies, surtout à la main droite. (Rappelons ici que son bulletin d'admission porte : Atrophie musculaire progressive. Rien aux pieds ni aux jambes, pas plus qu'aux bras et aux avant-bras. On trouve un peu d'albumine dans les urines, au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique.

2 janvier 1864. Cette nuit, la malade est prise d'une forte épistaxis, qui a nécessité un tamponnement extérieur avec un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer. Elle a perdu une grande quantité de sang, la valeur d'un crachoir environ.

Potion avec le perchlorure de fer, vingt gouttes.

La palpation et la percussion ne permettent pas de trouver une augmentation de volume du foie et de la rate.

11 janvier. Il n'existe pas de souffle anémique chez la malade.

2 février. Un peu de fièvre; la malade tousse un peu plus fort, et on trouve quelques râles peut-être secs à gauche, à la base en arrière, avec un point de côté à gauche. Pas de souffle; rien à la percussion; crachats un peu visqueux, non sanguinolents.

20 février. Hier soir, grand accès d'étouffements. On a appliqué des sinapismes sur les côtés de la poitrine; ils ont calmé l'étouffement, et la nuit a été assez bonne.

Rien au cœur. Toujours un peu de toux; face toujours décolorée, pâle, anémiée. Précipité notable d'albumine par la chaleur et l'acide nitrique.

8 avril. La malade a eu pendant plusieurs jours de la diarrhée, ne l'a plus aujourd'hui, mais reste considérablement affaiblie. Elle offre un œdème presque généralisé, prononcé

surtout aux membres et à la face, particulièrement du côté gauche. Cet œdème, qu'elle a déjà depuis plusieurs jours, s'est untré peu à peu; il a fait croire un instant à une maladie du cœur; mais on n'a pu en trouver de signes.

23 mai. Le dévoiement s'est de nouveau montré depuis deux jours; mais on n'a pas eu de peine à l'arrêter.

4 juillet. Les épanchements de sérosité qu'elle avait présentés en certains points dans le tissu cellulaire sous-cutané, avaient complètement disparu; la malade commençait à manger avec plaisir: ses forces se réparaient très bien. En un mot, son état général était très satisfaisant, lorsque hier, 3 juillet, à sept heures du soir, elle a poussé quelques cris, et a expiré entre les bras de l'infirmière, alors que tout faisait présager sa prochaine guérison.

D'après les renseignements demandés à la surveillante, la nuit qui a précédé sa mort, la malade, sans avoir été agitée, se serait assise plusieurs fois sur son lit, et aurait éprouvé quelques étouffements.

Autopsie. — *Cavité crânienne.* Point d'adhérences anormales ni de néomembranes de la dure-mère; mais au niveau du sillon longitudinal supérieur, à droite et dans la partie la plus élevée, on trouve dans l'épaisseur de cette membrane, et faisant saillie à sa face interne par de petites aiguilles, une plaque de substance calcaire de trois centimètres de long sur deux de large.

Le cerveau est moins dense qu'à l'état normal, sans présenter du reste un véritable ramollissement. Deux ou trois petites lacunes du corps strié gauche, sans aucune autre lésion des hémisphères, des couches optiques, du corps strié droit, de la protubérance du bulbe, du cervelet.

Cavité thoracique. Poumons œdémateux. On peut constater, et c'est ce qui frappe l'attention dès que l'on examine les poumons, une longue traînée noirâtre, indiquant un épanchement sanguin le long des artères pulmonaires et des bronches de chaque côté.

Cœur. Le cœur volumineux, chargé de graisse, présente une hypertrophie excentrique considérable sans dilatation, surtout à gauche.

Teinte sanguine autour des artères pulmonaires, jusqu'à leurs premières divisions dans les poumons. Cette teinte sanguine est due à une infiltration de sang dans le tissu cellulaire qui entoure ces artères; il est accumulé surtout dans leur segment postéro-inférieur, entre la bronche et l'artère correspondante. -

Autour des portions des artères pulmonaires contenues dans le péricarde, on voit manifestement que le sang est sous le péricarde, qu'il est infiltré dans le tissu cellulaire situé sous cette séreuse.

On en retrouve même entre l'aorte et la partie contiguë de l'artère pulmonaire; mais à ce niveau il en existe une bien plus faible quantité.

L'aorte au contraire, dans la plus grande partie de sa circonférence, est entourée de sang occupant toujours la même couche cellulaire. Et en avant seulement, dans une bande de deux centimètres de diamètre transversal environ, sa surface n'en présente point.

Abondance plus grande du sang périaortique, au niveau du sinus de l'aorte qu'il ne dépasse pas en avant. Mais il s'étend au-delà en arrière. En haut et en arrière, ses limites sont la naissance des troncs artériels qui partent de la crosse (tronc brachio-céphalique droit); mais il continue son trajet le long des artères pulmonaires, pour fuser, comme nous l'avons dit, jusqu'aux poumons.

On ne trouve aucune lésion du péricarde, point de sang dans cette séreuse qui est intacte.

Mais on trouve deux caillots plats, sous forme de carrés de 3 centimètres de côté, dans la cavité pleurale droite après l'ablation du poulmon.

Cette séreuse, au moment où l'on a ouvert la poitrine, ne présentait rien. En sorte que ces deux larges caillots viennent très certainement du médiastin.

En ouvrant le cœur on ne constate aucune lésion des orifices; mais les valvules aortiques présentent à leur bord adhérent une induration cartilagineuse.

Dégénérescence athéromateuse très prononcée de l'aorte au niveau de l'origine des vaisseaux de la crosse. Cette dégéné-

rescence est extrêmement légère au-dessous de la naissance des vaisseaux, ce qui est très important à noter; mais en revanche il existe à ce niveau un amincissement considérable des parois aortiques, surtout à la partie supérieure et postérieure. On constate en ce point une déchirure longue, dentelée, présentant une courbure parallèle à la direction de l'axe de l'aorte. Cette rupture de l'aorte offre une longueur de 5 centimètres environ. C'est par là que le sang a passé dans le tissu cellulaire pour suivre le trajet que nous avons décrit.

Elle commence à 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de la valvule postérieure droite, près de son extrémité antérieure.

Cavité abdominale : Foie congestionné; pas de calculs biliaires; aucune lésion des intestins, quoique la malade ait eu longtemps la diarrhée.

Kystes séreux, dont un volumineux de l'ovaire droit; petits corps fibreux pédiculés sur la face antérieure de l'utérus, petits kystes séreux des reins.

DE L'OTORRHAGIE A PROPOS D'UNE OBSERVATION DE M. CHOYAU.
Par M. le Dr GENOUVILLE.

On a depuis longtemps signalé, comme pouvant compliquer la carie du rocher un certain nombre d'affections telles que la phlébite des sinus de la dure-mère, la méningite, les abcès du cerveau, la paralysie du nerf facial; mais quelque sérieux que soient ces accidents, il en est un autre plus rapidement et plus sûrement mortel, sur lequel je me propose d'attirer votre attention : c'est l'hémorrhagie qui succède à la perforation de l'un des troncs vasculaires avoisinant le temporal ou renfermés dans son intérieur, la carotide interne, par exemple.

Des recherches faites sur ce sujet à propos d'une présentation de M. Choyau m'ont permis de réunir quelques observations analogues; elles serviront de base aux considérations d'ensemble que je désire soumettre à la Société.

Et d'abord, quelle est la source de l'hémorrhagie? Nous avons parlé déjà de l'artère carotide, citons encore le golfe de la veine jugulaire interne, le sinus pétreux supérieur et le

sinus latéral. Le Dr Syme en effet rapporte, dans l'*Edinburgh Monthly Journal*, l'observation d'un enfant qui fut pris d'écoulement purulent par l'oreille pendant la convalescence d'une scarlatine ; au bout de quelque temps survinrent des hémorrhagies par l'oreille se répétant si souvent et avec une abondance telle que l'on crut devoir pratiquer la ligature de la carotide interne. La mort survint un mois après le début de l'écoulement sanguin ; l'on reconnut alors que la carotide était parfaitement saine, et que le sang provenait d'une ulcération faite au sinus pétreux supérieur par un séquestre du rocher.

Dans un fait de Toynbee (*A descriptive Catalogue of museum*), c'est la carie de la caisse du tympan qui a déterminé l'érosion du golfe de la veine jugulaire interne ; de là hémorrhagie et mort. Les *Bulletins de la Société anatomique* pour l'année 1848 (p. 120) renferment un cas à peu près semblable : un écoulement sanguin se manifesta une heure et demie avant la mort d'un homme atteint de carie du rocher et ne cessa qu'avec la vie du malade. L'autopsie montra que l'altération osseuse avait mis en communication le sinus latéral avec la cavité de l'oreille.

Les quatre observations suivantes, que nous ne ferons que résumer, sont relatives à des hémorrhagies dont le sang provient de la carotide interne. La première en date est celle que Graves a donnée après le professeur Porter dans son premier volume de *Clinical Medicine* (1) : Le 18 septembre un enfant de onze ans fut pris de scarlatine ; l'éruption n'offrit rien d'anormal, lorsqu'au bout d'un certain temps survint une double otorrhée ; mais le pus qui s'écoulait par l'oreille droite était d'une abominable fétidité et révélait à coup sûr une lésion osseuse. Il existait aussi par suite de cette même altération une paralysie faciale. Neuf semaines après le début de la maladie survint un nouveau phénomène. Le petit malade, qui s'était endormi tranquillement, se réveille tout à coup en s'écriant : « Oh ! mon oreille, mon oreille ! » Presqu'aussitôt un flot de

(1) *Leçons de clinique médicale* de Graves, traduites par Jaccoud, p. 440.

sang jaillit de l'oreille droite. Ce sang était rutilant, il avait tous les caractères du sang artériel et coulait avec une grande abondance. L'hémorrhagie s'arrêta par l'épuisement de l'enfant; mais elle ne tarda pas à reparaitre et se montra pendant près de trois mois à des intervalles irréguliers. Une semaine à peu près avant la mort du malade on s'aperçut que le sang se frayait une voie jusqu'au pharynx par la trompe d'Eustache. Une portion était avalée, le reste était rejeté par la bouche, de sorte qu'il se faisait une hémorrhagie alternativement par l'un des deux orifices du tube digestif, souvent même par tous les deux à la fois. Enfin, après une dernière crise le malheureux enfant succomba. L'autopsie ne fut pas pratiquée, mais le professeur Porter ne mit pas en doute qu'il s'agissait d'une lésion de la carotide interne. Nous ne comprenons pas pourquoi M. Jaccoud, qui a traduit et annoté le livre de Graves, rejette la façon de penser émise par l'auteur anglais pour placer la source de l'écoulement sanguin dans la lésion de cette petite branche artérielle qui, née de la ménagée moyenne, va s'anastomoser dans l'aqueduc de Fallope avec la stylo-mastoïdienne de l'occipitale.

Quant à nous, nous acceptons l'opinion du professeur Porter, surtout si nous comparons son observation avec celle de M. Baizeau, que nous allons rapporter en quelques mots. Chez un jeune homme de vingt-trois ans, offrant tous les signes d'une phthisie confirmée, existait depuis plus d'un an une otorrhée purulente, avec perforation de la membrane du tympan, symptomatique d'une carie du rocher, lorsqu'à la suite d'une quinte de toux un écoulement de sang a lieu par l'oreille gauche; il se renouvelle trois jours de suite, et s'arrête spontanément pour se reproduire une semaine après, mais avec une plus grande intensité : le sang sort en même temps par le conduit auditif, par les narines et par la bouche. On se rend assez facilement maître de l'hémorrhagie par le tamponnement. De nouvelles pertes de sang affaiblissent le malade, et rendent urgente la ligature de la carotide primitive; mais, malgré cette opération, vingt-quatre heures après, l'hémorrhagie reparait et cesse presque aussitôt; puis, le lendemain, un écoulement de sang considérable se fait par les fosses na-

sales. Enfin, le malade succombe après avoir encore perdu une grande quantité de sang. On rencontre à l'autopsie une large communication établie entre la caisse du tympan et le canal carotidien, aux dépens de la portion osseuse située derrière le promontoire, et qui sépare le conduit artériel du canal de la trompe d'Eustache. Cette partie commune aux deux canaux, frappée de nécrose, a été isolée du corps du rocher et est venue former deux petits séquestres fort irréguliers, l'un du volume d'un grain de riz, l'autre un peu plus gros qu'un pois, qui, couchés sur la face inférieure de la carotide interne, au niveau de sa première courbure, l'ont ulcérée et ont déterminé deux perforations circulaires de deux tiers de millimètre de diamètre, très rapprochées l'une de l'autre.

Le *Traité de la suppuration* de M. Chassaignac (t. II, p. 528 et 529) renferme un exemple remarquable de l'accident qui nous occupe. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, ayant des tubercules au sommet des deux poumons, et présentant aussi un écoulement purulent par l'oreille, avec paralysie du nerf facial; sans cause appréciable, l'écoulement prend une couleur analogue à celle du chocolat, puis, le lendemain, une hémorrhagie abondante se fait par le conduit auditif. On pratique le tamponnement, et le sang se fait jour dans la cavité pharyngienne par l'ouverture de la trompe d'Eustache. On pratique une saignée, l'hémorrhagie s'arrête, mais pour reparaitre le lendemain avec une intensité telle que les personnes présentes au moment de l'accident, ont rapporté que le jet du sang qui s'échappait par le conduit auditif avait le volume du petit doigt. La mort eut lieu avec une telle rapidité, qu'on n'eut le temps d'opposer aucun moyen thérapeutique à l'hémorrhagie. A l'autopsie, on trouve sous la dure-mère un énorme caillot sanguin, partie dans la fosse cérébrale antérieure, partie dans la fosse cérébrale moyenne. Une carie, ayant à peu près un pouce d'étendue dans tous les sens, occupe la partie supérieure du rocher dans son point de jonction avec la portion écailleuse du temporal; la paroi osseuse de la caisse du tympan est détruite aussi bien que la membrane du tympan elle-même. Un stylet introduit dans le bout supérieur de la carotide interne vient sortir par le point carié de l'os : le même fait s'observe.

pour un second stylet introduit par l'orifice inférieur du vaisseau dans sa portion cervicale.

Quant au fait de M. Sée, je renvoie au troisième volume (2^e série) de vos *Bulletins*; car j'ai hâte d'arriver à l'observation de M. Choyau.

« Atteint d'otorrhée depuis plusieurs mois, Justin R., âgé de vingt-cinq ans, fut pris subitement, le 14 juin 1864, d'une hémorrhagie abondante par le conduit auditif externe; une seconde hémorrhagie, plus abondante que la première, survint le lendemain, et par l'oreille et par le nez; le sang, recueilli dans un vase, put être évalué à un litre et demi environ. Épuisé par ces pertes de sang répétées, le malade eut, le 16 juin, une troisième et dernière hémorrhagie; il succomba quelques instants seulement après la cessation de l'écoulement sanguin.

« A l'autopsie, la région parotidienne fut disséquée, afin de pouvoir enlever avec le rocher les vaisseaux qui pénètrent dans le crâne. L'artère carotide interne n'offre pas de traces d'altération dans toutes les parties situées en dehors du rocher; il en est de même de la jugulaire interne, des sinus pétreux et de la partie terminale des sinus latéraux: rien à la surface de l'os ne révèle une lésion du rocher; mais, en enlevant la partie supérieure, on découvre une large communication établie entre le canal carotidien et la cavité de l'oreille moyenne, par suite de la destruction de la partie osseuse qui sépare normalement la caisse du tympan du canal carotidien. Un seul des osselets de l'ouïe existe encore: c'est le marteau. La membrane du tympan a complètement disparu, en sorte que le sang qui tombe dans l'oreille moyenne peut s'écouler à l'extérieur par le conduit auditif, ou bien se faire jour dans les fosses nasales par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. La cavité de l'oreille moyenne est remplie d'une masse brunâtre, fongueuse, semblable à de la fibrine; la carotide interne présente deux perforations très rapprochées et séparées par une portion très ancienne de ses parois: de ces deux perforations, l'une est située à l'angle formé par la carotide, lorsque de verticale elle devient horizontale, l'autre dans la première partie de sa portion horizontale. Ces deux ouvertures offrent de no-

tables différences : l'inférieure, plus considérable, est allongée dans le sens de l'axe de la carotide; la supérieure affecte plutôt une forme circulaire. Le pont membraneux qui les sépare a une direction perpendiculaire à l'axe du vaisseau dans la cavité duquel on ne rencontre pas trace de caillot fibrineux; les bords de ces deux perforations sont épaissis, mous et irréguliers; les parois de l'artère sont manifestement altérées dans une certaine étendue. »

Je me suis peut-être un peu laissé entraîner dans l'analyse de ces exemples; mais j'estime qu'il n'était pas sans intérêt de rapprocher ces observations éparses dans les auteurs; elles nous fourniront des éléments suffisants pour étudier les principaux phénomènes de l'otorrhagie par rupture vasculaire. Constatons d'abord la rareté du fait, eu égard à la fréquence relative de la carie du temporal. Faut-il en rechercher la cause dans la région par laquelle débute le plus ordinairement la lésion osseuse, et dans la marche progressive de la maladie, ou bien encore dans la résistance que la portion pierreuse oppose à l'action du pus par la dureté de son tissu? Quoi qu'il en soit, nous croyons que la suppuration ayant plus de tendance à se porter au dehors ou vers les cellules mastoïdiennes, les désordres qu'elle entraîne après elle sont moins marqués dans la partie interne et supérieure du rocher, justement dans l'endroit où se trouve le canal carotidien.

La lésion de l'os une fois produite, soit par une carie, soit par une nécrose, quel est le mécanisme par lequel se fait la perforation vasculaire; car, ainsi que le fait observer M. Chassaignac, comparée aux autres affections destructives de nos tissus, telles que le cancer, l'ulcération syphilitique, l'ulcération esthioménale, etc., la carie donne très rarement lieu à des hémorrhagies, parce que habituellement le travail ulcératif qui la constitue s'arrête là où la substance osseuse cesse. Ce travail de destruction n'envahit pas les parties molles, tandis que le cancer, par exemple, envahit sans distinction de tissu tout ce qui se trouve devant lui. Trois hypothèses ont été émises par M. Chassaignac : ou c'est la destruction ulcéralive qui, s'attaquant du dehors au dedans aux parois du vaisseau, y détermine une perte de substance, ou c'est le travail de sub-

inflammation chronique qui a rendu friable la paroi vasculaire, ou bien, enfin, la déchirure se fait mécaniquement en quelque sorte, sous l'action d'une portion d'os anguleuse devenue mobile par le fait de la carie. Telles sont les questions posées, mais non résolues, par notre très savant collègue dans les réflexions qui suivent son observation.

Il en appelle à de nouveaux faits; si tous ceux que nous avons rapportés ne permettent pas de formuler une opinion, il en est au moins deux où les auteurs font mention de séquestres au niveau de la perforation. Ce qu'il y a de remarquable dans l'un des cas, celui de M. Baizeau, c'est qu'il y a deux portions d'os mobiles et deux ouvertures au tronc vasculaire. Le mécanisme de la lésion est en quelque sorte pris sur le fait, et ne se peut-il pas que ces séquestres, dans les autres observations, aient été entraînés par la violence de l'écoulement sanguin. En un mot, sans être affirmatif, nous inclinons à penser que c'est par l'action vulnérante d'un corps étranger, que s'opère la perforation dans la majorité des cas. Cette perforation, qu'elle soit simple ou double, se fait le plus souvent, autant que nous pouvons en juger, au niveau du coude que forme la carotide interne, lorsque de verticale elle devient horizontale; les bords de l'ouverture sont, en général, mous, irréguliers, et les tuniques artérielles semblent altérées dans une étendue très restreinte.

Une fois la perforation produite, et dans les cas cités plus haut, elle a toujours eu lieu après la destruction de la lame osseuse qui sépare le canal carotidien de la cavité du tympan; le sang s'écoule dans l'oreille moyenne, de là, au dehors si la membrane du tympan est rompue, ou bien il passe par le canal de la trompe de Fallope, et se répand, soit dans les fosses nasales, soit dans le pharynx : en sorte que, comme cela se voit dans l'observation du docteur Porter, il peut sortir par la bouche ou bien être avalé. Enfin, si, comme dans le fait de M. Chassaignac, la face supérieure du rocher est détruite, le sang s'accumule entre les os de la base du crâne et la dure-mère qu'il a décollée.

L'otorrhagie s'accompagne quelquefois de douleur; elle survient à l'occasion d'une quinte de toux, ou bien même sans

cause appréciable. La quantité de sang perdue est très variable, jamais assez grande pour occasionner une mort subite, dans les faits cités plus haut, mais suffisante dans un certain nombre de cas pour amener une syncope; c'est même le plus souvent de cette façon que l'hémorrhagie se suspend, et qu'alors la fibrine du sang épanché dans la cavité de l'oreille moyenne venant à se coaguler, oppose une digue à l'écoulement sanguin : il faut peu compter sur la formation de caillots dans l'artère carotide interne, dont les parois baignent dans le pus et sont entourées d'os malades. Il faudra peu compter aussi sur la ligature de la carotide primitive, en raison des nombreuses anastomoses artérielles situées à la base du crâne. Nous avons vu cette opération suivie d'insuccès dans le cas de M. Baizeau. Ce chirurgien ne s'était pourtant pas fait illusion; il n'avait eu pour but que de prolonger quelques jours encore la vie de son malade, il n'y a pas même réussi : devrait-on, en pareil cas, tenter la ligature de l'artère carotide? La question est en quelque sorte résolue avant d'être posée. Outre les dangers inhérents à l'opération même, il y a encore chance de voir reparaitre les hémorrhagies par le facile rétablissement de la circulation au moyen des artères vertébrales.

L'otorrhagie est, on le voit, un accident très grave, et, dans la majorité des cas, au-dessus des ressources de l'art, soit que la perforation siège dans un sinus ou dans une veine, soit que l'artère carotide interne se trouve intéressée dans la lésion. Nous avons vu, dans l'observation de Syme, combien il est difficile de connaître la source de l'hémorrhagie, et nous n'avons, quant à présent, aucun moyen d'en faire la différence.

Nous ne parlerons pas des autres causes d'otorrhagie : on les trouvera résumées dans un article de M. Triquet (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, n° 7) ; mais nous ne voulons pas terminer notre travail sans tirer deux conséquences pratiques des faits précédents. Ils enseignent à faire des réserves, lorsque l'on est appelé à porter un pronostic sur une carie du rocher siégeant au fond du conduit auditif; ils commandent la plus grande prudence dans l'exploration faite, au moyen d'instruments rigides, chez une personne atteinte d'otorrhée avec perforation de la membrane du tympan; car il ne serait pas impossible

de produire ainsi une rupture qui survient parfois spontanément.

ANÉVRYSMES FUSIFORMES DE L'EXTRÉMITÉ TERMINALE DE L'AORTE ET DES ILIAQUES PRIMITIVES. — ANÉVRYSME DISSÉQUANT SUR TOUTE LA LONGUEUR DE L'AORTE. — TERMINAISON PAR RUPTURE DANS LE PÉRICARDE. — Observation et réflexions par M. MAINDRON.

Le 21 juillet, Ferrand (Jeanne), soixante-onze ans, entre à la Charité, salle Saint-Vincent, n° 27, service de M. Natalis Guillot.

Elle se plaint de douleurs dans les reins et le long du dos; ces douleurs ont débuté, il y a trois jours, avec un léger frisson; elle a en outre craché quelques filets de sang. Avant d'entrer à l'hôpital, on lui a prescrit un vomitif, qui a produit peu d'effet.

Elle raconte qu'elle a toujours joui d'une assez bonne santé; elle se souvient seulement que dans sa jeunesse elle aurait fait une maladie de trois semaines, sur laquelle elle ne peut plus donner de renseignements. Mais depuis huit à dix ans, elle s'aperçoit que sa santé est moins bonne; elle souffre de temps en temps; toutefois, ces souffrances, qu'elle ne rapporte à aucun endroit déterminé, ne l'ont jamais forcée de quitter son métier de blanchisseuse. Elle porte depuis longtemps un bandage inguinal double pour deux pointes de hernie.

C'est une femme de petite taille, d'un teint jaune très anémique, qui fait penser à un trouble profond de la nutrition, ou craindre des hémorrhagies fréquentes; cependant elle assure qu'elle ne perd jamais de sang. La température de la veau est normale, le pouls est petit, les pulsations sont fort irrégulières et fort inégales; on en compte tantôt 70, tantôt 90 par minute. Le cœur offre des irrégularités correspondantes, et il est difficile de saisir dans ces battements tumultueux, s'il y a des bruits anormaux.

A l'examen de la poitrine, il y a diminution de résonnance à la percussion dans la moitié inférieure du poumon gauche ; on entend à l'auscultation, le long du bord spinal de l'omoplate, une respiration soufflante et de l'égophonie, principalement à l'angle de ce bord ; rien à noter pour le côté droit. Langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre assez épais ; pas d'appétit, un peu de soif : pas de vomissements. Le ventre flasque contient dans le flanc gauche, un peu en dehors de l'ombilic, entre le rebord des côtes et la crête iliaque, une tumeur pulsatile, non douloureuse par elle-même, mais un peu douloureuse à la pression. Elle paraît régulière, assez consistante, et du volume d'une grosse orange. On peut la saisir entre les doigts des deux mains ; elle est parfaitement circonscrite, peu mobile, et on reconnaît facilement qu'elle est animée de mouvements d'expansion générale, mouvements isochrones avec les irrégularités du pouls. En auscultant cette tumeur en avant, on n'entend pas de souffle manifeste, le stéthoscope est seulement soulevé par le mouvement d'expansion ; en auscultant en arrière, le long de la colonne vertébrale, au même niveau, on n'entend aucun bruit ; mais si l'on se rapproche vers le flanc, on entend des pulsations sourdes, sans souffle appréciable.

La malade ne peut dire depuis quand, ni comment s'est développée cette tumeur qui ne l'a jamais inquiétée. Elle va d'ailleurs régulièrement à la selle, urine facilement, et elle n'a jamais vu de sang dans ses urines ni dans ses garde-robes.

La jambe gauche enfle quelquefois un peu ; il n'y a pas en ce moment d'œdème marqué ; il y a seulement un peu de varices. Rien à noter du côté de l'intelligence, des sens spéciaux, de la sensibilité générale, du mouvement ; mais il y a une dépression apparente des forces.

Le 22 juillet, à la visite, M. Natalis Guillot croit à l'existence d'un anévrisme de l'aorte abdominale, datant de longtemps ; il ne se prononce pas sur une lésion cardiaque qui pourrait bien exister, mais qui pourrait manquer, les irrégularités du pouls pouvant tenir à l'anévrisme. Il croit aussi à une pleurésie gauche sans doute consécutive à une ancienne pneumo-

nie. Prescription : Julep morphiné, 200 grammes de Bordeaux, bouillons et potages.

Les jours suivants, l'état de la malade ne change point; elle se plaint d'étouffements, et elle continue à souffrir le long de la colonne vertébrale, et surtout au niveau des reins; la poitrine présente toujours les mêmes signes à la percussion et à l'auscultation.

Le 25, vers midi, la malade se lève pour aller à la selle; mais, tout à coup, en remontant dans son lit, elle s'affaisse et meurt subitement.

Autopsie le 27. En ouvrant l'abdomen, on trouve que le petit bassin est rempli de sérosité d'une couleur rouge foncé : pas de caillots nageant dans la sérosité, pas de lésion du péritoine; mais à travers le péritoine, dans le pédicule du mésentère, dans le mésocœcum, le mésocolon ascendant et le descendant, dans le mésorectum et dans le tissu cellulaire du petit bassin, on voit une infiltration sanglante, brunâtre et abondante. Après avoir enlevé le tube intestinal, qui n'offre aucune altération qu'une infiltration sanglante de la séreuse du gros intestin, et qui ne contient pas de sang dans sa cavité, on trouve une grosse tumeur à l'extrémité de l'aorte abdominale et deux autres petites tumeurs sur les iliaques primitives; il n'y a sur ces tumeurs aucune ouverture appréciable pour expliquer l'infiltration sanglante du tissu cellulaire sous-péritonéal.

A l'ouverture du thorax, le péricarde apparaît très distendu; en effet, il contient un caillot rouge brun, homogène, peu consistant, semblable au caillot d'une saignée, nageant dans de la sérosité rouge; le caillot pèse environ 200 grammes; il y a environ 300 grammes de sérosité. Pas d'épanchement dans les plèvres. Les poumons sont fortement congestionnés; çà et là il y a quelques lobules emphysémateux, pas de trace de pneumonie, pas de tubercules.

Le foie est aussi fort congestionné; la rate et les reins ont une apparence normale. Les artères de la base de l'encéphale et leurs ramifications dans la scissure de Sylvius offrent la dégénérescence athéromateuse : rien dans l'encéphale.

Revenons à l'examen des tumeurs que nous venons seulement de mentionner, du cœur et du tronc aortique.

La tumeur de l'extrémité terminale de l'aorte mesure 9 centimètres de hauteur et 22 centimètres de circonférence; elle a la forme d'une sphère assez régulière, un peu aplatie dans le sens vertical. L'axe vertical occupe un plan antérieur à l'axe vertical de l'aorte. De son extrémité inférieure se détachent les iliaques primitives qui sont dilatées en forme de fuseau, depuis leur origine jusqu'à leur division en iliaque externe et hypogastrique; le fuseau qui représente l'iliaque droite est plus court et plus volumineux: il a 5 centimètres et demi de long et 8 centimètres de circonférence; le fuseau qui représente l'iliaque gauche est plus long et moins volumineux: il a 6 centimètres et demi de long et 7 centimètres de circonférence. Les veines iliaques correspondantes et la veine cave ascendante offrent avec ces trois tumeurs les mêmes rapports que dans l'état normal des artères. En pratiquant sur la face antérieure de la tumeur aortique trois incisions rayonnant du centre, l'une verticalement vers le tronc aortique, les deux autres obliquement vers les iliaques primitives, on trouve dans la poche du sang liquide, des caillots noirâtres mous et des caillots blanchâtres consistants, stratifiés; les caillots noirâtres adhèrent aux caillots blanchâtres, et ceux-ci adhèrent aux parois de l'anévrysme. Les parois sont formées par la dilatation de toutes les tuniques aortiques qui sont en certains points très hypertrophiées, et ont trois millimètres d'épaisseur; la surface interne présente une apparence mamelonnée et porte de nombreux dépôts calcaires d'ailleurs peu épais; les fuseaux des iliaques offrent le même contenu et sont aussi formés par la dilatation de toutes les tuniques artérielles, qui sont moins hypertrophiées, mais chargées aussi de dépôts calcaires. L'embouchure de l'aorte dans l'anévrysme est d'une forme linéaire à direction antéro-postérieure assez comparable, comme aspect et comme dimension, à l'ouverture de la glotte d'un larynx normal: la lèvre gauche est plus épaisse que la lèvre droite. Quant à l'origine des fuseaux iliaques, elle est aussi fort rétrécie; mais le rétrécissement est circulaire, et il est relativement moins considérable.

Sur la paroi antérieure de la poche principale on trouve l'orifice d'un canal qui chemine obliquement de l'intérieur à

l'extérieur et de haut en bas sur une étendue de 4 centimètres environ; il est plutôt contenu dans la tunique celluleuse que dans la tunique interne de la poche. Ce canal permet le passage d'une sonde cannelée ordinaire. Selon toute apparence, c'est le reste de la mésentérique inférieure qui est rétrécie, on ne trouve en effet nulle autre trace de cette artère.

Pour en finir avec cette poche ajoutons qu'elle présente à gauche de l'embouchure de l'aorte un prolongement dans lequel on peut introduire toute la dernière phalange du petit doigt; ce prolongement n'apparaît pas à l'extérieur; il est contenu dans l'épaisseur des tuniques de l'aorte, et il vient s'ouvrir dans l'aorte par un petit orifice circulaire situé à deux centimètres au-dessus de l'entrée de l'aorte dans la tumeur. Cet orifice placé à gauche de la ligne médiane, en regard d'un orifice semblable placé à droite, mais qui ne communique pas avec le prolongement indiqué est, sans aucun doute, l'origine d'une artère lombaire gauche dont les tuniques internes ont été détachées par le prolongement de l'anévrysme.

Le cœur. — Le cœur n'offre aucune solution de continuité; il est un peu volumineux; il mesure 25 centimètres de circonférence et 11 centimètres de hauteur; son tissu est mou, un peu jaunâtre. Il n'y a pas de caillot dans les ventricules; les orifices auriculo-ventriculaires paraissent normaux; aucune induration valvulaire, seulement un peu d'épaississement jaune de la valvule mitrale. Rien d'anormal pour l'artère pulmonaire qui contient un petit caillot noir et mou. Les valvules aortiques sont saines, très souples et paraissent suffisantes.

Incisant la crosse de l'aorte sur sa face antérieure, on voit à 6 centimètres au-dessus de l'origine des valvules une déchirure des tuniques internes. Cette déchirure s'est faite suivant un plan perpendiculaire à l'axe de la crosse, elle intéresse les deux tiers antérieurs et internes de la circonférence de manière que le bout supérieur ne tient au bout inférieur que par le tiers postérieur externe. En arrière de cette languette et sur les côtés on trouve un décollement considérable de la tunique externe. Celle-ci sur sa face postérieure dans sa portion intra-péricardique, c'est-à-dire au point où la crosse de l'aorte repose sur la cloison inter-auriculaire, présente une

déchirure verticale de la longueur de 4 centimètres, les bords de cette déchirure sont minces, un peu déchiquetés. C'est par là que le sang a fait irruption dans le péricarde. Comme on le voit, la déchirure externe est perpendiculaire à la déchirure interne, et elle est placée au côté opposé, c'est-à-dire en regard et un peu à droite du tiers de la tunique interne qui n'a pas été déchiré. L'aorte présente de nombreuses plaques athéromateuses disséminées sur toute son étendue.

Le décollement intra pariétal descend jusqu'à l'origine de l'aorte, et il remonte sur toute l'étendue de la crosse aortique pour se continuer sur toute l'aorte descendante jusqu'à la tumeur anévrysmale. Ce décollement comprend presque toute la circonférence du tronc artériel pour la portion ascendante; il est limité aux deux tiers postéro-externes pour la portion descendante. En examinant les vaisseaux qui naissent de l'aorte, on voit que le décollement ne s'est pas prolongé sur le tronc innominé ni sur la carotide et la sous-clavière gauche; il s'est un peu prolongé sur le tronc cœliaque et sur la rénale droite. Mais toutes les intercostales et les interlobaires, quelques unes à droite exceptées, sont détachées du tronc aortique et reportées à la surface de l'anévrysme disséquant; les points de séparation sont indiqués par de petites dépressions circulaires qui pour la plupart sont perméables et établissent des anastomoses étroites entre l'aorte et le canal anévrysmal extérieur.

Si l'on examine la surface interne de ce canal sur un point quelconque de son trajet, on voit sur la face aortique la disposition circulaire des fibres de la tunique moyenne de l'aorte; mais chose étonnante, on trouve une disposition semblable de fibres sur la face opposée; il semble qu'il y ait une couche des fibres de la tunique moyenne adossées à la paroi externe. Le décollement des tuniques ne se serait pas opéré entre la tunique celluleuse et la tunique élastique, mais dans l'épaisseur des lamelles de celle-ci. Cette opinion paraît d'autant plus probable que sur les limites du décollement, on voit des fibres circulaires incomplètement détachées se porter de la paroi interne ou aortique à la paroi celluleuse; enfin elle acquiert toute la certitude désirable quand, procédant à la

constriction de l'artère par une ligature, on voit que non seulement le cylindre aortique est divisé; mais aussi la couche des fibres circulaires adossées à la paroi externe de l'anévrysme.

En résumé, une femme de 71 ans, qui portait depuis plusieurs années un anévrysme de l'extrémité de l'aorte a été prise d'une maladie nouvelle qui a débuté par des frissons et des douleurs le long du rachis, et surtout au niveau des reins; elle a craché quelques filets de sang. A part l'irrégularité du pouls que l'on peut mettre sur le compte de l'anévrysme, ce qu'elle présente de plus caractéristique en entrant à l'hôpital, ce sont des signes d'une pleurésie gauche, c'est-à-dire de la matité et de l'égophonie et le quatrième jour de son entrée, c'est-à-dire sept jours après le début des accidents, elle s'affaisse en remontant dans son lit et meurt subitement. A l'autopsie on ne trouve pas de pleurésie, mais une rupture des tuniques internes de l'aorte, au niveau de la crosse; un anévrysme disséquant qui s'étend à toute la longueur du tronc aortique et une irruption de l'anévrysme dans le péricarde.

Cette observation paraît intéressante à plusieurs points de vue. Sans parler des anévrysmes de l'extrémité de l'aorte, et des iliaques primitives, bien qu'ils soient sans doute la cause de la rupture de la crosse, en raison de l'obstacle qu'ils apportaient à la circulation, surtout si l'on songe que le système artériel subissait la dégénérescence athéromateuse, nous nous occuperons seulement de l'anévrysme disséquant produit par la rupture de la crosse aortique. Sans montrer, au point de vue clinique, la difficulté de la symptomatologie et du diagnostic de cet anévrysme, nous pourrions, nous tenant au point de vue anatomique pur faire ressortir l'influence du sexe et de l'âge de la malade sur les altérations artérielles; le siège de la rupture qui répond bien au point où le choc de l'ondée sanguine a son intensité maximum; la direction de la déchirure qui est transversale pour la tunique interne et verticale pour la tunique externe, c'est-à-dire suivant la direction des fibres; l'arrachement de certaines collatérales qui sont reportées à la surface de l'anévrysme, comme cela se voit dans les anévrysmes disséquants; mais il est un point sur lequel nous désirons

tout particulièrement appeler l'attention, c'est le siège même de l'anévrysme disséquant.

On dit généralement que l'anévrysme disséquant est situé entre la tunique moyenne et la tunique externe décollée; cependant cette assertion ne paraît pas vraisemblable, puisque, comme on vient de le voir, il y a une couche de fibres circulaires adossée à la tunique externe, couche qui est divisée par la constriction d'une ligature. Il faut plutôt croire que l'anévrysme disséquant se produit dans les lamelles de la tunique moyenne; j'avance cette opinion d'autant plus volontiers qu'elle ne m'appartient pas. Dans un mémoire très intéressant que je dois à l'obligeance de M. Broca, et extrait des *Pathological Transactions* (vol. XIV, 1862-63), le Dr Peacock soutient cette idée. On me permettra de transcrire le passage le plus important de ce mémoire : « Dans les rapports des cas d'anévrysme « disséquant qu'on a publiés jusqu'ici, on a décrit générale-
« ment les tuniques internes comme ayant été complètement
« déchirées, et habituellement on dit que la séparation qui
« constitue le sac de l'anévrysme s'est faite entre la tunique
« moyenne et l'externe. Les Drs Pennock et Goddard ont trouvé
« dans les cas qu'ils ont examinés que la tunique moyenne
« est seulement en partie déchirée, et que le sac est formé
« par le décollement (tearing apart) des lamelles de la tunique
« moyenne..... En raison de l'idée qui m'inspira, je fus conduit
« à essayer les effets d'une injection d'eau dans le tronc de
« l'aorte après la déchirure des tuniques internes. Je m'assurai
« ainsi que la tunique moyenne, même d'une artère saine,
« admet aisément d'être séparée par de l'eau injectée entre
« ses tuniques; j'ai aussi trouvé que, pourvu qu'une portion
« de la tunique moyenne restât attachée à la tunique externe,
« l'eau injectée était retenue dans le canal de nouvelle forma-
« tion; mais si la tunique moyenne était entièrement détachée,
« et si le liquide était versé entre la tunique moyenne et la
« tunique externe, il transsudait à travers cette dernière, et il
« en résultait une séparation complète des tuniques. Je me
« garde, dit-il, de conclure que l'on puisse comparer les effets
« d'une injection d'eau dans les vaisseaux sains, aux effets
« d'une extravasation de sang pendant la vie; mais pour quel-

« qu'un de sincère, il semble que pour la production d'un
 « anévrysme disséquant, la tunique interne ne doit pas être
 « complètement déchirée, et qu'une portion de cette tunique
 « moyenne doit rester encore adhérente à la tunique externe
 « pour former la paroi externe du sac.... Rokitansky, dans
 « son premier mémoire, avait adopté l'opinion reçue sur le
 « siège du sac, mais dans son travail récent, il dit qu'il a de
 « nouveau revu plusieurs de ces cas, et qu'il a trouvé qu'ils
 » confirment l'opinion que nous énonçons, quoiqu'il ne la re-
 « garde pas comme exacte dans tous les cas ».

On me pardonnera la longueur de cette citation vu son importance; je me garde de poser une conclusion plus générale que ne le fait Rokitansky; je ne sais si Peacock donne son opinion comme l'expression constante de la vérité; mais il est probable que ce que l'on a jusqu'ici décrit comme un décollement des tuniques externe et moyenne n'était le plus souvent qu'un dédoublement des lamelles de celle-ci. C'est ainsi que M. Richet (*Anatomie médico-chirurgicale*, page 140, 2^e édition) après avoir dit : « la tunique externe par sa face interne se continue d'une manière insensible avec la tunique moyenne, « et le plus souvent ces deux membranes entremêlent leurs « fibres, de telle sorte qu'il devient impossible d'établir entre « elles une ligne de démarcation nette et précise » ; déclare que dans quelques cas la nature opère cependant cette séparation pour produire ce que Laënnec a appelé anévrysme disséquant. Est-il bien vrai que la nature opère ce décollement qui paraît impossible? C'est ce qu'il reste à vérifier par une observation désormais plus attentive. Cette question peut, il est vrai, paraître de minime importance; mais il faut se la poser, toute vérité si petite qu'elle soit, étant bonne à connaître.

DE LA TERMINAISON DU RHUMATISME ARTICULAIRE PAR SUPPURATION, par M. J. GUYOT, médecin des hôpitaux.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations

qui prouvent la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration. L'incertitude, qui régnait à cet égard dans la plupart des esprits, lors de la discussion de l'Académie, ne me paraît pas dissipée, quoique des faits très complets aient été publiés; et M. Grisolle exprime peut-être encore l'opinion de la majorité des médecins, lorsqu'il dit que, sans contester la possibilité de la suppuration, on n'en a cité aucun fait incontestable. Notre honorable président. (Anat. pathol. t. IV, p. 474), admet bien que l'inflammation rhumatismale se termine par suppuration; mais, il ne cite que le fait observé par lui en 1813, dans le service de Dupuytren, consigné dans la thèse de M. Vallerand de Lafosse, (1815 n° 298), mentionné dans l'Histoire anatomique des inflammations de M. Gendrin, (tome I, p. 148), et souvent invoqué en faveur de la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu. Si, je cherchais à démontrer qu'en effet, dans un certain nombre de cas, il n'est pas douteux que le rhumatisme articulaire revêt le mode inflammatoire, j'invoquerais les observations publiées par M. Cossy, (Arch. Gén. Méd. 1854, tome III.); l'observation de M. Fischer, (*Gaz. hôp.* 1858); la présentation de M. Voisin, (Société anat. 1863), mais il m'a paru que ce point était complètement hors de discussion. Aussi, me suis-je borné à reproduire les faits qui, à mes yeux, établissent la terminaison par suppuration, en dehors de toute phlébite, et des accidents puerpéraux.

Vos Bulletins, habituellement si riches, sont bien pauvres sur ce sujet, et ne fournissent pas de preuves qui puissent porter la conviction.

Ceux de l'année 1834 renferment une présentation, de M. Pigeaux, sur laquelle il me paraît difficile de se prononcer; et, ceux de novembre 1840, une observation de M. Parise, qui parut fort probante au secrétaire, M. Durand-Fardel, d'après l'appréciation qu'il en fit dans le compte-rendu annuel. M. Barth avait fait valoir un argument dont Valleix se servit plus tard, à savoir qu'il serait convenable d'admettre une affection des extrémités articulaires des os, simulant le rhumatisme et pouvant en être distingué. M. Mascarel pensait qu'on aurait tort de nier ou de regarder comme absolument

rare la suppuration dans le rhumatisme articulaire aigu, et il citait le fait d'un homme âgé de trente ans, qui ayant succombé à un rhumatisme articulaire développé à la suite d'un refroidissement, présenta un endocarde très rouge, et du pus bien lié et très abondant dans l'articulation du genou.

Tels sont, Messieurs, les documents que j'ai trouvés dans les Bulletins, et que j'ai reproduits presque textuellement. Heureusement nos recherches, ont été plus fructueuses, dans les divers journaux de médecine.

A propos de la publication de M. Bouillaud, M. Masse fit paraître dans le journal l'*Expérience* de 1839, plusieurs observations, dont deux me paraissent, malgré l'opinion contraire des auteurs du Compendium de médecine, des exemples de rhumatisme articulaire aigu terminé par suppuration.

Dans la première, il s'agit d'un canonnier, âgé de vingt-deux ans, qui entra à l'hôpital le 5 octobre 1838, pour un rhumatisme articulaire aigu des plus violents, développé sous l'influence du froid humide. Les genoux, qui étaient le siège des douleurs les plus vives, étaient très rouges, très tuméfiés : les épaules et les poignets à un degré moindre. Malgré deux saignées et l'application de soixante sangsues dans l'espace de trois jours, cet homme mourut au huitième jour. A peine, le scalpel eut-il pénétré dans l'intérieur du genou qu'il s'en écoula une énorme quantité de pus. Les synoviales étaient rouges et épaissies.

La seconde observation est celle d'un carabinier, qui était entré à l'hôpital en décembre 1829, pour un rhumatisme articulaire aigu. Le traitement consista en émissions sanguines, à faible dose ; les genoux restèrent le siège d'une tuméfaction considérable, et au neuvième jour, le malade ressentit des douleurs atroces, avec phénomènes gastriques, et il succomba au quatorzième jour.

Les articulations fémoro-tibiales étaient remplies de pus ; les synoviales étaient très rouges et épaissies ; les cartilages paraissaient même un peu ramollis : les articulations scapulo-humérales contenaient du pus mêlé à la synovie.

Ces observations n'offrent peut-être pas tout à fait assez de détails pour des esprits minutieux ; il faut toutefois avouer

que si, grâce aux travaux de M. Bouillaud, l'histoire du rhumatisme articulaire aigu s'est enrichie de découvertes d'une grande importance, la symptomatologie de cette maladie était assez connue pour qu'un médecin instruit ne pût se tromper, alors surtout qu'il n'y avait ni plaie, ni foyer purulent; et pour qu'il ne soit pas permis de faire table rase des faits antérieurs. La difficulté, que l'on a d'ailleurs à associer le rhumatisme et la suppuration pourrait peut-être expliquer en partie la rareté des observations, lorsque l'on voit un seul observateur en publier trois. La *Gazette des Hôpitaux*, du 5 juillet 1850, insérait une note de M. Ripoll rappelant que, pendant son internat à la Pitié, il a fait l'autopsie d'un individu, mort au huitième jour d'un rhumatisme. La synoviale des deux genoux présentait dans tout son pourtour, une injection très visible par transparence, et, en outre, chaque articulation contenait à peu près un demi-verre d'un liquide glissant plutôt que filant, liquide non plus transparent, mais blanc jaunâtre, tirant un peu sur le vert, de consistance laiteuse, contenant en suspension des grumeaux blancs parfaitement analogues, à ceux que l'on trouve dans les inflammations des séreuses; les mêmes phénomènes s'observaient dans l'articulation radio-carpienne.

Il est à regretter que M. Ripoll n'ait pas donné quelques détails sur la marche de la maladie; car ces faits incomplets ne sauraient être admis comme preuve d'un point si controversé.

M. Andral, dans la séance de l'Académie, du 6 août 1850, donna lecture d'une note sur un cas de rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort huit jours après son invasion, avec formation de pus dans les articulations.

Une femme, âgée de soixante-sept ans, pâle et faiblement constituée, entra à la Charité, dans les premiers jours du mois de juillet, atteinte d'une inflammation parvenue à l'état d'hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche. Saignée une seule fois, elle fut ensuite soumise à l'emploi du tartre stibié, dont elle prit chaque vingt-quatre heures, pendant cinq à six jours de suite, 35 centigrammes dans une potion appropriée. Elle guérit rapidement. Cette femme était conva-

lescente de la pneumonie; elle se nourrissait; toutefois, elle ne reprenait qu'assez lentement ses forces, lorsque, sous l'influence vraisemblable d'un courant d'air, elle fut prise tout à coup d'une vive douleur aux deux épaules, avec gonflement et rougeur légère autour de l'une et l'autre articulations scapulo-humérales. L'articulation huméro-cubitale droite était aussi douloureuse, mais, à un faible degré et sans tuméfaction. En même temps, fièvre intense. Cette femme venait donc d'être atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, exempt d'ailleurs de toute complication. Aucun symptôme, en particulier, ne se montrait vers l'appareil respiratoire, récemment débarrassé d'une grave maladie. Une saignée fut immédiatement pratiquée, et le caillot, serré, petit et nettement séparé du sérum, montra une couenne blanche et épaisse, comme de coutume. Cependant, M. Andral, trouva le lendemain la malade tellement affaissée qu'il ne crut pas devoir réitérer l'émission du sang, il tenta chez elle l'administration du sulfate de quinine, qu'il donna quelques jours de suite à la dose de 60 centigrammes, en vingt-quatre heures. La maladie, contre la loi ordinaire du rhumatisme n'en marcha pas moins vers une terminaison fatale avec une effrayante rapidité, sans qu'aucune complication survînt, sans qu'aucun appareil présentât des phénomènes qui pussent expliquer l'exaspération incessante de la maladie, sans qu'aucun bruit anormal se fût entendre au cœur, et sans que, d'ailleurs le rhumatisme se fût étendu à d'autres articulations. La malade succomba huit ou neuf jours après l'invasion de ses douleurs, n'ayant présenté autre chose qu'une douleur des deux épaules assez vive pour lui faire pousser des gémissements continuels; un pouls de plus en plus fréquent, et un état général d'angoisse et d'affaiblissement rapide, qui rappelait celui qu'on observe ordinairement dans la péritonite aiguë. L'autopsie ne montra, dans la lésion latente d'aucun organe important, la cause de cette terminaison si rare du rhumatisme articulaire aigu, tous les organes crâniens, thoraciques et abdominaux, étaient exempts d'altération. Le sang, examiné dans le cœur et dans les vaisseaux, avait ses qualités ordinaires. Nulle part, il n'y avait trace de phlébite, ni rien qui pût faire croire à l'exis-

tence d'une résorption purulente. Ces résultats négatifs constatés, on arriva à l'examen des articulations, et voici ce qu'elles présentèrent : l'intérieur des deux articulations scapulo-humérales était rempli par un pus blanc, homogène, qui avait tous les caractères du pus phlegmoneux. La membrane synoviale présentait, dans toute son étendue, une rougeur des plus intenses ; on y remarquait d'innombrables vaisseaux merveilleusement injectés et formant un lacis des plus serrés. Cette injection cessait brusquement sur les cartilages articulaires, qui avaient conservé leur aspect ordinaire. Parmi les nombreuses bourses muqueuses qui entourent l'articulation scapulo-humérale, il y en avait, de chaque côté, deux ou trois qui étaient remplies de pus ; elles communiquaient toutes avec la cavité articulaire, comme il arrive à plusieurs d'entre elles à l'état physiologique, de telle sorte qu'en pressant sur elles, on refoulait dans l'articulation le pus qui les remplissait, et réciproquement. En dehors de ces cavités, tout était resté dans l'état normal ; la fibre musculaire, les ligaments, les tendons, le tissu cellulaire, n'avaient subi aucune lésion. Les altérations étaient parfaitement semblables, par leur nature et par leur intensité, dans les deux articulations. La cavité articulaire du coude droit contenait une certaine quantité d'un liquide un peu louche. Toutes les autres articulations furent examinées avec soin ; on n'y découvrit rien d'anormal. (A. g. de médecine, 1850, vol. 24).

Cette communication n'ayant été suivie d'aucune discussion, il est impossible d'établir l'opinion de l'académie sur ce fait ; mais nous le verrons bientôt, cette observation ne porta pas la conviction dans tous les esprits.

Je ne ferai que signaler la note du Dr Fleury, professeur de clinique chirurgicale à Clermont, dans la *Gazette médicale* de 1850, car le fait est trop complexe pour établir d'une façon incontestable l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir.

L'*Union médicale* du 24 août 1850 renferme une leçon de M. Trousseau sur un enfant de neuf ans, qui avait succombé à une scarlatine avec rhumatisme articulaire. Les deux articulations de l'épaule, celles des coudes, des deux côtés, des

deux genoux, des deux pieds, étaient remplies d'une quantité de pus considérable parfaitement lié avec couleur jaune verdâtre. A ce propos, M. Trousseau se demande si la vieille femme dont M. Andral avait quelques jours auparavant communiqué l'observation à l'Académie n'avait pas été mise par la pneumonie qu'elle venait d'éprouver, par un traitement débilisant, dans des conditions analogues à celles où une scarlatine met assez souvent les enfants; cela est possible; mais nous ignorons complètement quelles sont ces conditions dans lesquelles il est à craindre que le rhumatisme articulaire aigu n'ait cette fatale terminaison.

Le fait de M. Andral ne paraît pas avoir porté la conviction dans l'esprit de M. Trousseau; il en est de même pour Valleix, qui dans le rapport qu'il fit à la Société médicale des hôpitaux le 12 février 1851, soutint que toutes les fois qu'on a trouvé du pus dans les articulations, il s'agissait de malades atteints de diathèse purulente. Cette opinion, également professée par M. Gendrin (*Gazette des hôpitaux* 1850) avait donné lieu à la note de M. Ripoll rapportée plus haut. Quelques années auparavant, (*Union médicale*, 1846) Valleix avait admis une arthrite non rhumatismale, inflammation franche et primitive des articulations, et comme telle susceptible de se terminer par suppuration, et il avait cherché à distinguer le rhumatisme articulaire aigu, et cette arthrite simple aiguë, par des signes dont le peu de valeur n'avait pas sans doute tardé à le frapper. Aussi le voyons-nous abandonner cette hypothèse, et chercher une autre explication à la terminaison du rhumatisme par suppuration.

Dans la discussion qui suivit ce rapport, Aran dit qu'il avait vu dans le service de Chomel un malade succomber à une péricardite, et chez lequel l'examen microscopique démontra la présence des globules de pus dans le liquide que renfermaient les articulations, et il ajouta qu'il avait déjà observé des faits semblables.

M. Marotte cita un fait de suppuration chez une jeune fille de 20 ans, affectée de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Ce rhumatisme remarquablement mobile envahit successivement toutes les articulations; trois saignées furent faites

à peu d'intervalle sans aucun soulagement; la malade fut prise de péricardite, puis d'agitation, de délire, de coma et elle succomba après quelques courtes rémissions. A l'autopsie, on rencontra de la rougeur dans presque toutes les synoviales articulaires, un épanchement de synovie dans quelques articulations; de la sérosité avec des fausses membranes, et même avec du pus dans les autres: il existait également des fausses membranes dans le péricarde. Les méninges étaient sèches et fortement congestionnées, mais on n'y rencontra aucune autre trace appréciable d'inflammation.

Dans cette même discussion, M. Natalis Guillot rapportait qu'il avait observé douze ou quatorze rhumatismes articulaires chez des enfants nouveau-nés et qu'il avait trouvé des collections purulentes dans les articulations. Comme ses observations n'ont pas été publiées, et comme l'état de la mère n'est pas indiqué, il reste un doute; et l'on est en droit de se demander quelle a été l'influence de l'état puerpéral sur une telle terminaison.

Mes recherches dans les Traités des maladies des enfants m'ont peu éclairé sur le point en litige; M. Barrier n'en parle pas; M. Barthez ayant vu tous ses malades guérir, rapporte une observation que lui a communiquée M. Piet, et dans laquelle il n'y avait pas de pus. J'ai cependant trouvé dans le Traité des maladies de l'enfance de M. Bouchut le fait suivant, que l'on regrette également de ne pas trouver accompagné de quelques détails sur l'état de santé de la mère.

Rhumatisme, poly-articulaire; suppuration. Mort.

Enfant du sexe masculin, âgé de quatre jours; endurcissement du tissu cellulaire des membres et de la région dorsale. Bientôt, diarrhée, altération des traits de la face. L'enfant, entré le 18 avril, succomba dans les premiers jours de mai.

Les articulations coxo-fémorales, les deux fémoro-tibiales, la tibio-tarsienne gauche, et la radio-carpienne du même côté sont remplies de pus. Les cartilages sont d'un jaune terne, sans aucune altération appréciable de leur tissu. La peau de la face dorsale de l'articulation radio-carpienne offrait une plaque rouge.

Point d'abcès dans les muscles, ni dans les poumons qui

étaient seulement le siège d'un peu d'infiltration à leur bord postérieur et à leur base ; tous les autres organes sont sains.

On trouve dans le même Traité une autre observation, que je n'ai pas cru devoir reproduire, parce qu'elle a trait à un rhumatisme mono-articulaire, et que la mère, qui nourrissait, était atteinte de fièvre puerpérale.

Malgré les faits d'Aran et de M. Marotte, Valleix déclarait à la fin de cette discussion, qu'il ne lui paraissait pas suffisamment démontré que les cas où l'on avait rencontré du pus fussent des rhumatismes, et il se demandait de nouveau si, il ne peut pas exister dans les articulations des inflammations non rhumatismales. Quelques mois après, le 23 juillet 1851, M. Becquerel communiquait à la Société une observation, qui paraît avoir passé inaperçue malgré son importance. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, environ, infirmier à l'hôpital de la Pitié, depuis plusieurs années. Il y a huit ans, à la suite d'une saignée, cet homme fut affecté d'un anévrysme variqueux. L'opération lui fut proposée à diverses reprises, mais il a toujours refusé de s'y soumettre, et, depuis cet accident, il est resté attaché au service de l'hôpital en qualité d'infirmier. Cet homme, doué d'une constitution robuste, n'avait jamais été atteint de maladie grave ; seulement il avait eu, il y a quelques mois, une bronchite aiguë dont il était guéri, lorsque dernièrement à la suite d'un refroidissement, il fut pris de fièvre ; et, deux à trois jours après, une douleur assez vive, avec gonflement, se manifesta dans l'articulation tibio-tarsienne droite ; on lui administra 1 gramme 50 de sulfate de quinine ; cette dose fut continuée le lendemain. Le deuxième jour, la douleur et le gonflement avaient sensiblement diminué ; mais le troisième ou le quatrième jour, le genou droit se tuméfia et devint douloureux. Le sulfate de quinine fut encore administré pendant deux jours ; aucune amélioration ne s'étant manifestée, on pratiqua une saignée, puis des sangsues furent appliquées sur le genou malade ; on eut recours ensuite aux frictions mercurielles. Malgré l'emploi de ces moyens, la douleur et la tuméfaction persistèrent, et le malade, dont l'état général s'aggravait de jour en jour, succomba quatorze jours environ après le début des accidents.

L'autopsie n'a pas été faite; on a pu seulement examiner les articulations malades. L'articulation tibio-tarsienne, primitivement envahie, était saine; celle du genou présentait, au contraire, des altérations profondes; les ligaments étaient en partie détruits; la synoviale était pleine de pus, et des fusées purulentes, ayant leur point de départ dans l'articulation, remontaient jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Ces divers clapiers purulents pouvaient contenir un verre de pus environ.

Cette observation, comme Becquerel l'a fait remarquer, est d'autant plus intéressante que le malade n'avait été affecté d'aucune maladie antérieure, et qu'il n'y avait, dans aucun point de l'économie de foyer purulent qui pût faire supposer une prédisposition à des accidents de résorption purulente. L'autopsie n'ayant pas été faite, il est à la vérité possible d'élever quelques doutes, si l'on met de côté les phénomènes morbides présentés par cet individu.

Le *Moniteur des hôpitaux*, du 5 juillet 1853, renferme une observation publiée, par M. Leflaive.

Un élève en pharmacie, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, habituellement bien portant, habitant depuis deux ans, dans un lieu humide, est pris, le 1^{er} décembre 1851, de douleurs articulaires; il est saigné le 6, et il entre à l'Hôtel-Dieu, le 21 décembre. Les articulations des coude-pieds, des genoux, des poignets sont un peu tuméfiées. A partir du septième ou huitième jour de la maladie, céphalalgie frontale, vive et continue, qui dès lors a persisté.

Au vingt-deuxième jour, apparition d'un délire qui, pendant deux jours, n'a lieu que la nuit; mais, qui au bout de ce temps, devient continu, s'accompagne de beaucoup d'agitation, d'un tremblement prononcé des membres, d'accélération du pouls (108 à 120 pulsations), d'exsudation plastique sur le côté de la langue, puis enfin de sueurs, symptômes qui persistent jusqu'à la mort, qui survient, précédée d'une grande agitation, le matin du vingt-sixième jour de l'affection rhumatismale. Il n'y eut de frisson qu'au début de la maladie. Quant aux douleurs rhumatismales, pendant les premiers jours, elles envahirent les coude-pieds, les genoux, les poi-

gnets, les doigts. Au vingt-et-unième jour, elles étaient vives et occupaient toutes les articulations des membres qui offraient un peu de gonflement sans changement de couleur à la peau. Le lendemain, jour de l'apparition du délire, les souffrances étaient aussi vives que la veille. Enfin, la veille de la mort, les articulations malades sont moins volumineuses et offrent à peu près l'aspect de l'état normal.

A l'ouverture du corps, trente-trois heures après la mort, suffusions purulentes de la pie-mère, de la convexité des hémisphères à droite et à gauche de la grande scissure, dans la largeur de trois travers de doigts; congestion sanguine du tissu cellulaire qui entoure les articulations rhumatisées, avec de petits épanchements sanguins un peu diffus, du volume moyen d'un pois dans le tissu cellulaire qui avoisine les synoviales des genoux et des poignets. Intégrité des cartilages articulaires; rougeur plus ou moins intense de la membrane synoviale des diverses articulations qui ont été douloureuses. En outre, le genou gauche, qui a été particulièrement examiné, contient 7 ou 8 grammes d'une synovie limpide et transparente dans laquelle on aperçoit cependant de petits nuages blancs, semi-opaques. Ceux-ci, examinés au microscope par M. Lebert, laissent apercevoir de nombreux filaments, entrecroisés, couverts de globules de pus bien caractérisés.

Pour M. Cossy (Mém. cité) ce fait est le seul qui démontre la présence du pus dans les articulations atteintes de rhumatisme articulaire aigu. Cependant, aux yeux de quelques médecins ce fait n'était plus douteux. Ainsi M. Rostan (*Gaz. des hôpitaux*, 7 février 1834) exposait, dans une de ses leçons, qu'à l'époque à laquelle M. Andral vint lire une observation de rhumatisme articulaire suppuré, il avait dans ses salles un individu atteint d'arthrite rhumatismale, qui se termina par suppuration. Faute de détails suffisants, ce fait sera non avénu; mais, il n'en est pas moins vrai que pour M. Rostan, ce mode de terminaison était un fait acquis à la science, à tel point qu'il lui paraissait inutile d'insister. Remarquons en passant que quelques années auparavant les deux professeurs de clinique de l'Hôtel-Dieu émettaient sur cette question des opinions complètement opposées. Puisse ce travail faire cesser une sembla-

ble incertitude; or, l'observation de M. Archambault, insérée dans l'*Union médicale* de 1834 est, à mon avis, aussi probante que possible.

Le 3 juillet 1834 entre, 17, salle St-Jean, le nommé Louis M..., Agé de douze ans et demi, peu développé, maigre, mais habituellement bien portant et n'ayant jamais été malade antérieurement.

Le lundi 28 juin, le patron de ce garçon l'a envoyé deux fois, coup sur coup, faire la course de Grenelle à la Bastille, par une chaleur excessive. De retour pour la seconde fois, l'enfant a bu une grande quantité d'eau froide, et est allé se coucher sur un tas de copeaux, où il s'est endormi, exposé au courant d'air de deux portes. Dans la nuit suivante, fièvre vive et douleur extrêmement violente dans les deux genoux. Le matin, ces deux articulations sont rouges, notablement tuméfiées, ne peuvent exécuter le plus petit mouvement, être soumises à la plus légère pression, sans qu'il en résulte une douleur atroce. A partir de ce moment, le petit malade garde le lit avec une fièvre continue intense. Dans la nuit du 29 au 30, les deux articulations tibio-tarsiennes se prennent de la même façon que les deux genoux.

État du malade le 3. Les deux articulations fémoro-tibiales sont aussi douloureuses que possible; le moindre mouvement arrache des cris; la tuméfaction et la rougeur des téguments sont très considérables; il en est de même des deux articulations tibio-tarsiennes. La jointure du doigt annulaire avec le métacarpien est également tuméfiée, rouge et très douloureuse. Cette dernière n'est prise que de la veille; chaleur très forte de la peau, 39°,6, 116 pulsations, pouls fort, régulier; 49 inspirations par minute. La résonnance de la poitrine est bonne; l'auscultation n'y fait rien découvrir d'anormal; le murmure vésiculaire est pur; les bruits du cœur tout à fait normaux. Langue blanchâtre, sale, large, sans sécheresse; soif vive, pas de vomissements; rien du côté du ventre. Calomel, 0,10 en dix paquets d'heure en heure.

4. La physionomie est altérée; il y a eu de l'agitation toute la nuit, un peu de délire; le reste des symptômes généraux est le même que hier; rien au cœur. Les deux genoux sont plus

gonflés et la rougeur plus foncée; le gonflement de l'articulation tibio-tarsienne droite a notablement augmenté, de même que celui du doigt annulaire. La coloration rouge a pris une teinte violacée très prononcée. Sulfate de quinine, 1 gr. dans les 24 heures. Baume tranquille et ouate sur les articulations.

— 4 au soir. Même état. Pas de délire.

5. Le délire, l'agitation ont été très violents toute la nuit, et persistent encore à l'heure de la visite. La face est profondément altérée, les yeux enfoncés dans les orbites; les téguments, particulièrement dans le pli naso-labial, sont d'un jaune terne; la langue est sèche, les gencives fuligineuses. Chaleur de la peau un peu moindre que hier, 39°, 2 ; 112 pulsations; la respiration est beaucoup plus fréquente. L'auscultation et la percussion pratiquées avec soin ne font rien découvrir ni dans le cœur ni dans les poumons. La coloration rouge des articulations a pris une teinte noirâtre comme gangrénée, d'un très mauvais aspect, surtout à l'articulation du doigt annulaire et à l'articulation tibio-tarsienne.

5 au soir. Le délire a un peu diminué; l'état général est mauvais. Le malade va sous lui; la coloration noirâtre des téguments qui entourent l'articulation tibio-tarsienne et celle de l'annulaire devient de plus en plus foncée.

Les veines voisines forment des traînées brunes qui rayonnent autour des articles et ressemblent tout à fait à celles que l'on observe l'été sur les cadavres qui entrent en putréfaction: les gros troncs veineux paraissent sains. Pour le pied, la coloration noire forme une large plaque à la partie antérieure de l'articulation, et deux moins considérables sur les parties latérales; au doigt, elle occupe la face dorsale et va en mourant sur les côtés; aux genoux, elle est moins prononcée: elle recouvre les deux régions latérales.

6. Il y a eu toute la nuit des cris, du délire et une agitation extrême; chaleur de la peau, 40°; le pouls accéléré paraît sans irrégularité; il n'y a ni péricardite, ni endocardite. 60 inspirations par minute. La coloration, autour des articulations prises, est encore plus prononcée; le gonflement s'est affaïssé, et l'épiderme est ridé au pied et aux doigts malades; au tou-

cher, on éprouve cette sensation de mollesse pâteuse que donnent les tissus mous dans certaines gangrènes.

Mort à une heure.

Le cadavre n'offre rien à remarquer à l'extérieur, si ce n'est la coloration noirâtre des articulations, qui est restée la même que pendant la vie. On incise d'abord par la face dorsale les téguments qui recouvrent l'articulation de l'annulaire et du métacarpien. L'épiderme se détache très facilement; le derme est noir dans toute son épaisseur. Au dessous, le tissu cellulaire est grisâtre, sillonné par des petits vaisseaux noirs; il est très friable, et çà et là présente de petites collections purulentes, dont le liquide est jaune, épais, comme le pus phlegmoneux, sans aucune odeur. Les veinules d'un certain volume, qui se dirigent vers le dos de la main, sont remplies d'un coagulum noir, et leur membrane interne est d'un rouge brun. En levant le tendon de l'extenseur, on pénètre dans l'articulation qui contient en assez grande quantité un pus semblable à celui trouvé dans le tissu cellulaire; seulement, il est d'une couleur plus jaune et un peu moins épais: la surface des cartilages est aussi d'une couleur jaune assez prononcée, légèrement tomenteuse et dépolie: il n'y a de la supuration ni dans le tissu cellulaire de la face palmaire ni dans la gaine des fléchisseurs.

Cet examen terminé, on procède à celui de l'articulation tibio-farsienne droite; l'épiderme et le derme présentent les mêmes particularités qu'à la main; dans le tissu cellulaire, il existe des quantités de petits vaisseaux gorgés de sang; le tissu lui-même est grisâtre, friable, mais en aucun point on n'y trouve de pus; la gaine des péroniers, au moment de leur réflexion au-dessous de la malléole externe, en dedans de la gaine tendineuse du fléchisseur profond et du jambier postérieur, sont remplies d'un pus épais, bien lié, semblable à celui d'un abcès chaud. Je pénètre dans l'articulation, et je la trouve remplie d'une collection purulente qui ne diffère de celle de la gaine des muscles qu'en ce que le liquide est un peu moins épais et beaucoup plus jaune. La surface, des cartilages a aussi cette coloration à un haut degré, et, en outre, est dépolie, tomenteuse. La synoviale est manifestement injectée,

épaissie; ce qu'il est facile de constater, surtout à la partie antérieure de l'articulation. Les parties molles qui environnent l'articulation tibio-tarsienne gauche sont injectées, hypertrophiées et friables. La surface interne des gaines tendineuses a une teinte rosée, résultat d'une très-fine injection; il en est de même de la synoviale; mais nulle part il n'existe de suppuration. Les genoux sont examinés les derniers; la peau, noirâtre à l'extérieur, présente cette coloration dans toute son épaisseur; elle a conservé sa résistance; au-dessous d'elle, existe une vascularisation très-prononcée. Des veinules sont remplies de sang noir; leurs parois paraissent saines, et les gros troncs veineux sont dans un état d'intégrité parfait. Le tissu cellulaire est grisâtre, mais ne contient pas de pus dans ses aréoles. Les gaines tendineuses voisines de l'article, n'en contiennent pas non plus: elles sont sèches, comme poisseuses, et finement injectées. On pénètre dans l'articulation par la partie antérieure, et on y constate une quantité de pus égale au moins à deux cuillerées à bouche; ce liquide est un peu moins consistant que celui produit par l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire, plus jaune, complètement inodore. Les cartilages sont recouverts d'une sorte de bouillie purulente, qui, une fois enlevée, laisse voir leur surface dépolie. Nulle part on ne constate d'ulcération; il est facile de constater un épaississement marqué de la synoviale au niveau de la poche qui forme cette membrane au-dessus de la rotule. En les regardant contre le jour, on voit une injection fine, dont le siège paraît être dans les vaisseaux capillaires sous-séreux: il existe également une injection sur les ligaments croisés et les fibro-cartilages semi-lunaires. Les lésions qui viennent d'être décrites sont identiques des deux côtés, car M. Archambault ajoute que M. Blache, qui pendant la vie avait diagnostiqué un rhumatisme articulaire aigu, persistait, après l'autopsie, dans cette opinion. MM. Blache et Trousseau avaient fait remarquer qu'il y avait lieu de comparer l'état du petit malade à celui des animaux surmenés. Que cette condition ait favorisé la production du pus, cela est probable; mais il n'y a pas là de raison pour rejeter l'existence d'un rhumatisme articulaire aigu. Aussi, je ne sau-

rais mieux faire que de citer les propres paroles de M. Archambault. Tout médecin, dit-il, reconnaîtra en face de la partie symptomatologique un rhumatisme articulaire aigu : faut-il donc que son jugement change parce qu'à l'Amphithéâtre, il va trouver du pus.

Enfin, dans un mémoire, lu le 10 décembre 1836, par M. Gubler, à la Société médicale des hôpitaux, sur le rhumatisme cérébral, on trouve deux observations qui démontrent le point qui m'occupe.

Rhumatisme poly-articulaire aigu; délire violent; puis signes de la formation de caillots cardiaques. Mort. Injection des synoviales, fausses membranes et pus dans les articulations; concrétions polypiformes du cœur; aucune lésion encéphalique. — Observation recueillie, par L. Cannel, interne du service.

Le dimanche 18 mai 1834, est entré à l'hôpital St Antoine, salle St-Louis, n° 9, service de M. Gubler, le nommé Peuriet, ouvrier en papiers peints. Cet homme est âgé de 31 ans; il est d'une constitution moyenne, d'un tempérament sanguin; il n'a jamais eu de maladies graves, jamais de rhumatisme ni d'affection du cœur; il habite au cinquième étage un local sec et bien aéré. Le jeudi 15 mai, il avait été employé à un travail très pénible, qui consistait à déballer une voiture de marchandises. Pendant une partie de la journée, il fut couvert de sueur, et, dans cet état, il alla boire de l'eau très froide à une fontaine; une heure après, il eut un frisson qui dura vingt minutes à peu près. Il continua cependant à travailler; la nuit fut assez calme. Le lendemain 16 mai, il se leva, et se rendit au travail à l'heure habituelle; vers trois heures, il ressentit du malaise, de la courbature, une douleur lombaire assez vive; des douleurs péri-articulaires, de la céphalalgie, de la perte d'appétit, de la soif; les genoux, au dire du malade, étaient déjà assez gonflés. C'est à partir de ce jour qu'il garda le lit. La nuit suivante se passe sans sommeil. Le samedi 17, la douleur est vive dans les deux genoux, mais elle se fait surtout sentir avec beaucoup d'intensité dans le poignet droit. Le dimanche 18, les douleurs sont un peu moindres, le malade peut se lever seul; mais il s'expose de nouveau au froid : bientôt après, il est repris de douleurs plus vives, et le soir il se fait transporter en voiture à l'hôpital.

19. A la visite du matin : décubitus dorsal; le visage est rouge, la langue blanche et sèche; soif et inappétence; le poulx est développé et très dur, 100-104. Une douleur très vive existe au niveau des genoux, qui ne présentent pas de rougeurs; épanchement dans le droit; la rotule était séparée des condyles d'un demi centimètre au moins. Le poignet droit est aussi très gonflé, la peau chaude et sèche; il y a au cœur un souffle assez prolongé, mais doux au premier temps, avec son maximum d'intensité à la pointe. Saignée de quatre palettes; le sang se couvre d'une couenne épaisse et rétractée. Limonade citrique et gomme sucrée, 3 pots.

20. Les douleurs sont moins vives, l'épanchement a beaucoup diminué dans le genou droit; quelques millimètres seulement séparent la rotule des condyles; poulx large, 100-104. Le poignet est dans le même état qu'hier. Saignée de trois palettes; même quantité de sang, par les ventouses, sur le genou et le poignet droits. La saignée est encore très couenneuse et rétractée en cupule; le sang des ventouses est pris en un caillot unique, ferme, placé au milieu d'une sérosité à peine rougie.

21. Peu de chaleur fébrile, sueurs abondantes; les deux poignets sont encore douloureux et restent dans l'immobilité; il en est de même des coudes; poulx à 102-106, très large, mais un peu mou. Saignée de trois palettes. Le soir, les genoux commencent à être moins douloureux, ainsi que les poignets; quelques mouvements sont possibles; 100-104. Les sueurs sont toujours abondantes; la saignée du matin est très couenneuse.

22. Les douleurs sont presque nulles, les poignets seuls en conservent encore un peu; poulx, 96-100; sueurs abondantes; le souffle qui existait au cœur a complètement disparu; on l'avait entendu jusqu'aujourd'hui; le malade a un peu de sommeil.

23. A la suite d'un refroidissement, le malade s'étant découvert à plusieurs reprises la nuit, son corps étant couvert de sueur, les douleurs ont redoublé d'intensité; les deux membres supérieurs sont dans une immobilité complète; il y a du gonfle-

ment, surtout au poignet et au genou droits ; pouls, 104; rien au cœur; toujours des sueurs. (Sulfate de quinine, 1 gr. en quatre paquets). Le soir, agitation délirante; on est obligé de mettre la camisole; à huit heures, le calme est revenu.

24. La douleur est beaucoup moindre partout; le souffle au premier temps a reparu et a augmenté d'intensité; le second claquement est un peu étouffé; la percussion ne dénote pas une augmentation notable du volume du cœur; pouls, 108-112, plus petit que les jours précédents, fluctuant. A la visite du soir, le malade paraît très calme, le pouls a le même caractère que le matin; une demi-heure après, le malade est pris d'angoisses, de dyspnée, il y a des soubresauts de tendons. Il meurt avant qu'on ait pu lui porter secours.

Autopsie : Le gonflement inflammatoire, qui se faisait remarquer pendant la vie autour des articulations malades, a disparu ; les genoux ouverts font constater une quantité de liquide très considérable (un quart de verre à peu près); il était un peu trouble dans le genou droit et contenait quelques flocons albumineux. La synoviale de cette articulation est très visiblement injectée par plaques; elle présente aussi des arborisations nombreuses, celles-ci se voient surtout sur les franges. A gauche, on remarque les mêmes lésions, mais à un degré moins avancé. Dans les poignets, on trouve en petite quantité, il est vrai, un liquide qui, selon toute apparence, est du pus; il est verdâtre, homogène et épais. Dans le poignet droit, il existe une véritable fausse membrane, d'une longueur d'un centimètre à peu près. Autour des deux poignets, les coulisses synoviales des tendons participent à l'inflammation suppurative; le pus y est même plus opaque que dans les articulations radio-carpiennes. Le cœur offre à l'extérieur quelques taches laiteuses anciennes; dans les cavités droites et gauches, ainsi que dans les gros vaisseaux, on voit des caillots dont le plus considérable est du volume d'un gros œuf de pigeon; une de ses faces est décolorée, blanche, grisâtre; il a une texture fibrineuse; il est élastique, résistant, ne contracte pas d'adhérences prononcées avec les parois ou les valvules. Dans le ventricule gauche, l'endocarde qui recouvre quelques-uns des piliers est injecté et présente des arborisa-

tions vasculaires très développées, ainsi qu'une augmentation d'épaisseur; sa transparence est moindre qu'à l'état normal; les enveloppes de l'encéphale, l'arachnoïde surtout, sont très épaisses et résistantes; mais cette lésion est évidemment ancienne. Quant au cerveau, à la moelle et à ses enveloppes, ils ne présentent aucun changement ni dans leur vascularité et leur coloration, ni dans leur consistance; il n'existe non plus aucune trace de pus, ni dans les vaisseaux principaux, ni dans les viscéres.

M. Gubler fait suivre l'une de ces observations d'une discussion détaillée à l'adresse des médecins qui refusent au rhumatisme la faculté de produire de la suppuration. Je n'insisterai pas davantage sur ce fait qui ne me paraît pas pouvoir laisser de doute, dans l'esprit, et je passe à la seconde observation, que je copie en entier malgré sa longueur, à cause de son très grand intérêt, malgré les objections qui peuvent lui être faites et qui sont d'ailleurs réfutées dans le mémoire du médecin de l'hôpital Beaujon.

Rhumatisme synovial aigu; suppurations multiples dans les articulations et les coulisses tendineuses; endocardite, méningite. Mort. (Observation recueillie par A. Laton).

La nommée M. (Jean) âgée de 32 ans, sans profession, est entrée, le 2 juillet 1856, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, salle Ste-Paule, n° 54.

Cette femme est Anglaise, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin; elle est d'une taille moyenne et possède un certain embonpoint; elle a les cheveux noirs; la peau blanche et fine. Elle est mariée et est accouchée heureusement de douze enfants. Elle se ôit atteinte depuis trois ans d'une hydropisie abdominale, pour laquelle elle aurait subi autrefois un traitement assez actif. Dans ces derniers temps, elle a éprouvé de grands chagrins domestiques; elle a été abandonnée sans ressources par son mari.

Elle fait remonter le début de sa maladie actuelle au jeudi 26 juin. Ce jour-là, elle a fait à pied une longue course, par une température très élevée; obligée de s'asseoir à plusieurs reprises à cause de la fatigue qu'elle ressentait, elle éprouvait

chaque fois un sentiment de froid et était agitée de frissons; la marche la réchauffait.

Rentrée chez elle, elle a été prise de vomissements de glaires et de bile, qui ont duré pendant deux jours environ; puis les jointures sont devenues douloureuses et se sont gonflées; c'est alors qu'elle a été admise à l'hôpital au septième jour de sa maladie.

A la visite du 2 juillet, on constate les symptômes suivants chez cette malade : il existe un ictère général très-pâle; ce n'est pas la teinte jaune-paille, car les sclérotiques sont également jaunes. Presque toutes les jointures sont prises : les poignets, les coudes, les épaules, les genoux, les coude-pieds, etc., sont gonflés, rouges et douloureux. La malade ne peut faire aucun mouvement; elle est comme clouée dans son lit; la plus légère pression, même celle des couvertures, est intolérable. La rougeur de la peau est vive au niveau des poignets et des coude-pieds; elle forme des traînées, comme celles de l'angéioleucite, sur le trajet des gaines tendineuses. La coloration est un peu sombre, et comme ecchymotique. La tuméfaction, qui est très-notable, semble surtout dépendre d'une infiltration sous-cutanée; elle est très-remarquable aux genoux. La douleur empêche de rechercher s'il existe de l'épanchement dans la synoviale. On voit sur les jambes, sur les cuisses et sur l'abdomen, une éruption de très-petites pustules, analogues à celles du début d'un impétigo, mais moins confluentes. Ces pustules sont entourées d'une auréole ecchymotique; l'abdomen est assez volumineux, mais il n'y a pas d'épanchement, comme on aurait pu le croire, d'après ce que disait la malade. Les intestins sont distendus par des gaz; il y a de la résistance dans l'hypochondre droit et dans la région épigastrique; le foie paraît très-volumineux; il n'y a ni envie de vomir, ni diarrhée.

Les claquements du cœur sont comme voilés; on constate un double maximum de souffle au premier temps : l'un à la pointe, l'autre à la base; les deux orifices, mitral et aortique, sont tous deux malades. 130 pulsations; pouls fort et plein. Pas d'autre complication du côté de la poitrine; les fonctions cérébrales sont intactes.

Urine rouge et sédimenteuse; pas d'albumine. Traitement : Sulfate de quinine, 1 gr. en trois prises dans la journée; liniment laudanisé, pour couvrir les jointures douloureuses; limonade; bouillon.

3. Même état qu'hier, seulement, la malade accuse des envies de vomir; 120 pulsations; pas de bourdonnements d'oreilles, ni d'autres phénomènes quiniques. Sulfate de quinine, 1 gr.; opium, 0,05.

4. A la visite du matin, on constate chez la malade de l'excitation, du subdélirium. La parole est brève, anxieuse; la face est colorée, les yeux sont brillants, les pupilles contractées; 136 pulsations. Le bruit de souffle est devenu très-rude et très-fort; il présente toujours deux maximums; l'éruption miliaire phlyzaciée s'est étendue au dos et au cou; la rougeur et le gonflement inflammatoires des jointures n'ont pas diminué. Saignée de 400 gr., vésicatoire volant à une cuisse; potion antispasmodique, sans préparation opiacée.

Visite du soir. Il y a dans la journée de la diarrhée et du délire; 140 pulsations. La saignée du matin offre un caillot en capsule; la couenne est épaisse, consistante; le sérum est jaune: il se colore en vert avec l'acide azotique; il en a été de même pour la sérosité du vésicatoire. 20 sangsues derrière les oreilles.

Pendant la nuit, le délire et l'agitation deviennent extrêmes; il n'y a ni convulsions véritables, ni vomissements. La malade succombe vers six heures du matin.

Autopsie: 30 heures après la mort.

La peau du cadavre conserve la teinte ictérique observée pendant la vie; l'éruption miliaire est affaissée et peu apparente; on voit autour des coude-pieds et des poignets des bandes rouges, suivant le trajet des gaines tendineuses, devenues tout à fait livides.

Le ventre est tuméfié et volumineux; la rigidité cadavérique est peu prononcée.

Membres inférieurs. Jambe droite: Une incision est pratiquée sur la partie inférieure et antérieure de la jambe, au devant de l'articulation tibio-tarsienne, sur le trajet d'une bande livide. Le tissu sous-cutané est infiltré et lardacé; on

trouve dans la gaine du jambier antérieur de la sérosité jaune et une matière opaque, crémeuse, qui a tous les caractères du véritable pus phlegmoneux. La gaine est elle-même rouge et injectée : elle a perdu son poli ; il s'est fait à la surface interne un dépôt pseudo-membraneux, de formation toute récente ; les fausses membranes sont molles et se détachent facilement. Il y a aussi du pus en quantité très-notable dans la gaine du long péronier-latéral, au niveau de la malléole externe. La synoviale présente les mêmes altérations que dans le cas précédent.

L'articulation tibio-tarsienne est ouverte ; il y a un peu de rougeur de la synoviale, mais l'épanchement n'est pas notable. Il n'y a rien dans les articulations tarsiennes.

Jambe gauche : En arrière de la malléole interne, une incision étant pratiquée sur le trajet de la traînée violacée qui colorait la peau, on trouve le tissu cellulaire sous-cutané très-injecté ; il y a même du sang épanché et infiltré, comme dans une ecchymose ; la gaine du jambier postérieur contient une masse de pus concret, la séreuse est rouge et dépolie, elle est recouverte d'un dépôt pseudo-membraneux ; le tendon lui-même est fortement injecté. Au devant de l'articulation tibio-tarsienne, le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sang extravasé hors des vaisseaux ; la gaine de l'extenseur commun des orteils contient du pus et des fausses membranes. On recueille tous ces produits d'exsudation pour les examiner au microscope.

L'articulation tibio-tarsienne étant ouverte, on voit tous les replis de la synoviale et les glandes de Havers rouges et tuméfiés ; le cartilage lui-même a une teinte rosée. La synoviale ne paraît pas altérée ; elle est seulement un peu jaune, ce qui se rapporte à la teinte ictérique générale des tissus et des humeurs. Rien dans les articulations du tarse ; articulations fémoro-tibiales. Les articulations sont à peu près les mêmes à droite et à gauche ; la synoviale est rouge, surtout au niveau du cul-de-sac supérieur ; la rougeur résiste au lavage ; elle est constituée par une injection des plus fines. Les franges synoviales, les glandes adipeuses, sont fortement injectées ; les ligaments croisés présentent également une rougeur in-

flammatoire; un dépôt pseudo-membraneux recouvre presque toute la surface de la séreuse. La synovie épanchée en plus grande abondance est trouble, jaune, et contient des caillots fibrineux ressemblant beaucoup aux crachats visqueux de la pneumonie, et offrent même la coloration sucre d'orge. Les tissus péri-articulaires étaient un peu épaissis par une infiltration séreuse.

Membres supérieurs. Poignet droit : Il y a du pus dans la gaine du cubital postérieur et dans celle de l'extenseur commun; les surfaces synoviales sont rouges et injectées. Coude droit : Le cul-de-sac que la synoviale forme sous le triceps est beaucoup plus rouge que tout ce qui a été examiné jusqu'à présent; il y a d'abondants dépôts pseudo-membraneux dans l'articulation.

Poignet gauche : Rien dans les gaines tendineuses. Dans l'articulation radio-carpienne, amas fibrineux, tremblotants, jaunes, analogues à ceux qui ont été observés dans les genoux.

Le coude gauche n'offre rien de notable. Le tissu cellulaire qui entoure l'articulation scapulo-humérale droite est injecté et coloré en jaune; l'articulation elle-même, non plus que celle du côté gauche, n'offre aucune lésion à noter.

Les autres jointures n'ont pas été examinées. Les divers produits d'exsudation dont il a été question plus haut, matière puriforme, fausses membranes, caillots gélatineux, ont été soumis à l'examen microscopique :

1° La matière puriforme est bien du pus; d'abord ses caractères physiques les plus apparents sont tout à fait ceux d'un pus phlegmoneux de bonne nature. On a reconnu au microscope les globules de pus, d'une manière incontestable, à leur aspect muriforme, à l'action de l'acide acétique, qui fit apparaître leurs noyaux, en les pâlisant considérablement. Il faut noter qu'il n'y avait de pus véritable que dans les gaines tendineuses; dans les articulations on n'a trouvé que des produits pseudo-membraneux.

2° Les fausses membranes étaient constituées, au microscope, par un réseau très fin de filaments fibrineux infiltrés de granulations obscures et même de corpuscules pyoïdes.

3° Les flocons fibrineux, de consistance gélatineuse, de couleur sucre d'orge, étaient complètement amorphes; c'était de la lymphe plastique avant toute trace d'organisation, mais déjà spontanément coagulée.

Organes thoraciques. Le péricarde contient beaucoup de sérosité rougeâtre, sanguinolente et quelques flocons fibrineux; on voit une plaque laiteuse sur la partie antérieure et inférieure du ventricule gauche.

Le cœur est flasque, assez volumineux; les cavités offrent toutes une teinte violacée. Il y a des caillots décolorés, assez mous, dans le ventricule droit, dans l'oreillette droite, et dans l'artère pulmonaire. La substance musculaire du ventricule gauche est sans consistance et décolorée; les valvules aortiques sont rosées, dépolies; elles présentent un aspect comme velouté; l'une d'elles offre une injection inflammatoire des plus manifestes. La valvule mitrale est boursoufflée, injectée, et évidemment enflammée.

Le poumon droit est adhérent; il est sain d'ailleurs. Le poumon gauche est adhérent dans une plus grande étendue encore: ces adhérences sont de date ancienne; son tissu est intact. Encéphale. Sur la partie antérieure de la surface convexe du cerveau, on voit une vive rougeur qui résiste au lavage; l'arachnoïde et la pie-mère sont en ce point fortement injectées. La substance grise sous-jacente est ramollie, de couleur rosée; elle offre un aspect velouté sous un filet d'eau. Dans les ventricules latéraux, on trouve une sérosité rougeâtre, comme sanguinolente; il n'y a pas de ramollissement des parois ventriculaires. Les plexus choroïdes sont infiltrés, et présentent un grand nombre de petites vésicules transparentes dans leur épaisseur.

Abdomen. A droite, vers la partie inférieure des muscles grand droit et grand oblique, on trouve un amas de sang épanché et infiltré en partie; ce sang est noir et presque liquide. Il n'existe aucune trace d'épanchement dans la cavité du péritoine.

Le grand épiploon est surchargé de graisse.

Le foie est énorme; il déborde de beaucoup les fausses côtes. Il devait contribuer, pour une grande partie, à la tumé-

faction de l'abdomen; c'est sans doute ce qui a fait croire autrefois à une hydropisie. Il est adhérent de toutes parts aux organes environnants. Après l'avoir détaché et pesé, on lui a trouvé un poids de 3,750 grammes; la couleur est d'un jaune de cire, sa consistance est ferme; à la coupe, sa trame fibreuse paraît hypertrophiée. L'examen microscopique du parenchyme montre les cellules hépatiques distendues et déformées par des gouttelettes de graisse libre (waxy liver des Anglais). La vésicule biliaire contient une grande quantité de bile peu foncée en couleur.

La rate est à peu près doublée de volume, son tissu est très-friable; la boue splénique est très-abondante et de couleur lie de vin; les reins sont congestionnés et présentent des membranes violacées, qui tranchent sur la teinte normale du parenchyme. Les capsules surrénales sont volumineuses et injectées; la veine cave inférieure est énorme, grosse comme le bras environ; elle contient du sang liquide et noir et quelques caillots décolorés.

Quant au second fait, il peut, à bon droit, être classé parmi les observations de rhumatisme terminé par suppuration, quoiqu'il n'y eût de pus véritable que dans les gaines tendineuses. Je ne saurais mieux faire que de renvoyer au mémoire de M. Gubler les lecteurs qui seraient tentés d'attribuer la maladie à l'excès de fatigue, ou de faire intervenir l'affection hépatique et la terminaison par suppuration pour rejeter l'existence d'un rhumatisme. On trouve dans le rapport que fit M. Sée, sur le mémoire de M. Gubler, un nouvel exemple affirmant la présence du pus dans les jointures atteintes de rhumatisme articulaire aigu. M. Sée ajoute que l'on ne saurait mettre en doute qu'à l'instar des affections catarrhales, le rhumatisme ait peu de tendance à la suppuration, mais que ce qui est contestable, c'est que la présence des globules purulents au milieu de la synovie articulaire, ou d'un épanchement pleural séro-plastique ou d'une pseudo-membrane péri-cardique, suffise pour transformer le rhumatisme articulaire en arthrite simple ou pyohémique, le rhumatisme pleural en une pleurésie simple, la péricardite rhumatique en une inflammation légitime du péricarde. La nature, dit-il, ne s'est

pas astreinte à créer autant de produits morbides que de maladies, ni à doter chaque maladie d'une propriété ou d'un produit qui soit son monopole.

Malgré cette argumentation, malgré les faits rapportés, M. Hervez de Chégoin persista à admettre que le pus trouvé dans les articulations n'était pas un produit direct de l'affection rhumatismale, mais simplement le résultat d'une inflammation secondaire. J'avoue qu'à mes yeux une telle théorie est une fin de non recevoir. Un individu est atteint de rhumatisme articulaire aigu; il succombe, et à l'autopsie, la présence du pus dans les articulations changera le diagnostic et fera admettre une inflammation secondaire. La lésion se trouverait ainsi élevée à une puissance vraiment étrange qui n'a de comparable que la prétention des médecins, qui ont voulu fonder sur elle la nature du rhumatisme. On peut, il me semble, n'admettre ni l'une ni l'autre de ces opinions sans rejeter la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration, dans un certain nombre des cas. De ce nombre est encore l'observation suivante de M. Gintrac, qui se trouve dans la *Gazette des hôpitaux* de 1857.

Pierre T..., Agé de seize ans, boulanger, d'une assez forte constitution, éprouve, à la suite d'un refroidissement, de la toux, de l'oppression, des douleurs dans les épaules, le coude gauche, le genou du même côté, et de la fièvre. Une saignée du bras, des sangsues sur le coude ne produisent aucun amendement; les phénomènes morbides semblent même augmenter d'intensité.

Etat au moment de l'entrée à l'hôpital, le 14 février 1856.

Coloration vive de la face, chaleur de la peau, pouls large, 104 pulsations, toux fréquente, expectoration rare, visqueuse; dyspnée (46 inspirations par minute), pas de douleur sur les côtés de la poitrine, mais sensation d'un poids au niveau du sternum; percussion sonore sous chaque clavicule, matité à la base et surtout en arrière; respiration bronchique au sommet de chaque poumon, râle crépitant sous les aisselles; souffle lobaire à l'angle inférieur des omoplates; battements du cœur irréguliers, avec un bruit de frottement péricardique. Les articulations des épaules sont tuméfiées, douloureuses à

la pression, ainsi que celles du coude et du genou gauche. Les organes digestifs ne permettent aucun mode d'alimentation. Saignée. Caillot dense, recouvert d'une couenne épaisse. Potion avec tartre stibié 0,30, extrait thébaïque 0,03.

15. Vomissements, diarrhée, 108 pulsations. Dyspnée plus grande, bruit de frottement à la région précordiale, très évident; souffle lobaire à la base de la poitrine; toux fréquente; expectoration visqueuse et sanguinolente, gonflement et gêne des mouvements des articulations déjà indiquées. Quatre ventouses scarifiées sur la région précordiale, vésicatoires autour du coude et du genou. Potion stibiée.

16. Vésicatoire au devant du cœur.

17. Délire; pouls petit et fréquent, 130 pulsations; oppression très grande; expectoration brunâtre, tuméfaction plus considérable des articulations affectées; sécheresse de la langue. Potion avec extrait de quinquina, vésicatoire aux jambes.

18 Même état.

19. Mort.

Poumons sains aux sommets, imperméables vers la partie moyenne; le tissu rougeâtre, non crépitant, dur, compact, dense, se déchire avec facilité. A la base, le parenchyme a une teinte grisâtre et laisse suinter un liquide épais, opaque, d'un blanc jaunâtre. Le péricarde offre aux divers points une véritable rougeur; son feuillet viscéral est recouvert de pseudo-membranes réticulées; elles affectent la forme de villosités, d'aréoles assez régulièrement disposées. Teinte rougeâtre de l'endocarde. Les articulations scapulo-humérale, cubito-humérale et tibio-fémorale gauches sont remplies par un pus véritablement phlegmoneux, épais, jaunâtre. La membrane synoviale présente en divers points une rougeur intense. En dehors de ces cavités, tout est resté dans l'état normal.

Nous voyons dans ce fait le développement simultané d'une pneumonie et d'un rhumatisme articulaire; et malgré la médication la pneumonie et le rhumatisme se terminent par suppuration. Je ne trouve pas dans cette coïncidence, dans cette terminaison, dans la fixité des douleurs, de raisons suf-

fiantes pour rejeter l'existence d'un rhumatisme articulaire aigu.

Je regrette, surtout à cause de la profession qui rend possible ce soupçon, que l'observation ne mentionne pas les habitudes de cet homme, et ne dise pas s'il faisait abus de l'alcool; car l'on sait que les excès de cette nature favorisent beaucoup ces terminaisons rapidement funestes.

Je citerai encore trois observations de M. Lebert, publiées dans les *Archives de médecine* du mois de mars 1861, et enfin l'observation recueillie dans le service de M. Natalis Guillot, que je dois à l'obligeance de M. Martineau.

Observation 1. — Rhumatisme poly-articulaire aigu, compliqué de pleurésie, de péricardite et de miliaire. Le neuvième jour, accidents cérébraux suivis de mort au bout de douze heures. — Intégrité du cerveau et des enveloppes. — Pus dans les articulations.

J. N., 22 ans, tailleur de pierres, ayant déjà eu un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 15 ans, fut pris, le 11 décembre, après avoir travaillé dans l'humidité pendant plusieurs jours, d'un frisson suivi d'une réaction fébrile intense, puis de douleur et d'oppression à la région précordiale, enfin de douleurs articulaires, débutant par le coude-pied gauche, et envahissant ensuite le ployant des jointures.

Le 12 décembre, à son entrée à l'hôpital, toutes les articulations étaient prises, à l'exception de celle du membre supérieur gauche et des articulations coxo-fémorales. Pouls à 108 112, peau inondée de sueur, un peu d'oppressions sans signes subjectifs à l'exploration des viscères thoraciques. Anorexie, constipation, soif vive, langue chargée, céphalalgie, agitation, insomnie.

Acétate de morphine le soir, frictions calmantes; jus de citron à l'intérieur.

Du 13 au 15, peu de changement.

Le 16, les douleurs articulaires avaient diminué; elles ne se faisaient plus ressentir avec quelque violence que dans le coude-pied gauche, et dans le genou et l'épaule du côté droit. L'état général était meilleur; cependant le sommeil était presque nul, malgré l'emploi des préparations narcotiques. Céphal

lalgie intense, avec beaucoup d'agitation, vertiges fréquents; obscurcissements momentanés de la vue: le malade présentait, en un mot, les symptômes évidents d'une congestion cérébrale intense. Augmentation de la dyspnée, légère douleur précordiale, 32 inspirations par minute; signes évidents de péricardite avec épanchement. Pouls à 108-112. Anorexie toujours complète; soif vive, sueurs abondantes; apparition d'une éruption miliaire rouge sur toute la surface du corps.

Le 17 et le 18, peu de changement.

Le 19, symptômes de pleurésie du côté gauche; diminution de l'épanchement dans le péricarde. Pouls à 112-116. Recrudescence des douleurs dans plusieurs articulations, vertiges, troubles de la vue, abattement sans altération de l'intelligence.

Vésicatoire sur la région du cœur.

Le 20, dans la journée, le malade se trouva un peu mieux, il souffrait moins dans les articulations. Dans la soirée, il fut très agité; augmentation de la dyspnée et de la fréquence du pouls 120, 130; peau inondée de sueurs. Plusieurs syncopes légères suivies de troubles de l'intelligence; réponses dénuées de sens, puis délire accompagné de vive agitation. Le malade passa la nuit dans cet état. A quatre heures du matin, à la suite d'une saignée, il fut plus calme et dormit quelque temps. A six heures, il mourut subitement, sans apparition de symptômes nouveaux, douze heures après le début des accidents graves.

A l'autopsie, on ne trouve pas d'autre lésion de l'encéphale qu'un œdème sous-arachnoïdien très-léger, et un peu de congestion du cerveau et des méninges; en outre, les lésions de la péricardite et de la pleurésie, reconnues pendant la vie. Les deux articulations fémoro-tibiales et l'articulation scapulo-humérale gauche étaient le siège d'une arthrite suppurée; dans les autres articulations, les signes anatomiques de l'inflammation étaient moins intenses, quoique encore très-manifestes.

Observation II.

C. K., 34 ans, éprouve le 19 novembre, après quelques jours

d'anorexie, un frisson suivi de douleurs dans les épaules, puis dans les bras, et notamment dans les jointures.

: Le 20, le frisson se répète, suivi de chaleur et d'une réaction fébrile, de céphalalgie intense; persistance des douleurs. Entrée du malade à l'hôpital.

: Le 21, légère coloration jaunâtre des conjonctives sans état ictérique des urines; douleurs dans toutes les articulations; pas de sommeil; anorexie, sueurs abondantes, pouls à 120. Acétate d'ammoniaque.

: Le 24, pouls à 91; coloration ictérique manifeste de l'urine; souffle au premier temps du cœur; disparition de la teinte jaune des conjonctives; douleurs exaspérées dans les épaules; sueurs profuses.

: Infusion de digitale, huile de ricin.

: Le 25, pouls à 84, pas de fièvre, mais beaucoup de soif, sécheresse de la langue.

Du 26 au 29, pas de changement de quelque importance.

: Le 30, douleurs plus intenses dans les épaules, sans fièvre. Dans la nuit, le malade est un peu apathique et répond peu aux questions qu'on lui adresse. A six heures du matin, il a encore sa connaissance intacte et se rend au cabinet. A peine revenu dans son lit, il est pris de convulsions des muscles de la face, des yeux et des extrémités. Mort au bout de dix minutes; urines non albumineuses.

Autopsie. Sous la dure-mère, à côté du sinus longitudinal, une extravasation sanguine très-mince, ayant à peine le diamètre d'une pièce de cinq centimes; une extravasation plus petite se trouve à côté de la première. Une once de sérosité à la base du crâne. Un peu de congestion de la pie-mère; pas d'autres lésions de l'encéphale. L'inflammation articulaire était arrivée à suppuration dans les deux articulations scapulo-humérales et dans celle du genou gauche.

Observation III.

Un maréchal-ferrant, âgé de 42 ans, éprouva, le 12 janvier, des frissonnements, puis une douleur intense, dans l'un des

genoux. Diverses articulations furent successivement envahies ; en même temps, fièvre intense.

Le 15, peau chaude, couverté de sueurs ; pouls plein à 88 ; douleurs violentes dans le genou gauche, la main droite, le cou, les lombes, les articulations coxo-fémorales, tibio-tarsiennes, et dans plusieurs jointures des doigts et des orteils ; tuméfaction modérée du genou et de la main seulement ; anorexie, soif vive ; un peu de bronchite. Limonade citrique ; frictions calmantes.

Le 16, douleurs disséminées dans la plupart des articulations, mais beaucoup plus intenses dans le coude-pied gauche. Dans les jours suivants, le pouls s'élève à 100, les douleurs présentent de fréquentes variations de siège et d'intensité. Persistance des autres symptômes. Le malade se sent toujours oppressé, bien que l'examen de la poitrine ne révèle aucune lésion des organes intra-thoraciques.

Sulfate de quinine 0.80.

Le 19, diminution des douleurs ; pouls à 88, sueurs toujours abondantes ; bourdonnements dans les oreilles.

Le 20, beaucoup de bourdonnements d'oreille et de vertiges. On supprime le sulfate de quinine : le malade en a pris 2 grammes 20 centigrammes ; il se plaint de pesanteur de tête et de dureté de l'ouïe. Persistance de la chaleur et de la soif. Les douleurs ont diminué ; mais le malade en éprouve toujours dans les épaules, la nuque et le dos. Sueurs abondantes ; éruption miliaire rouge sur toute l'étendue du thorax. Nuits toujours très-agitées. Pendant les deux journées suivantes, les accidents de la médication quinique se dissipèrent rapidement ; mais les douleurs articulaires redoublèrent d'intensité.

Le 22, le malade présente pour la première fois, à plusieurs reprises, un peu de délire ; la nuit fut très-agitée ; éruption miliaire plus abondante, passant çà et là à la suppuration.

Le 24, le malade est tranquille, apathique, sans coma, et délire de temps en temps ; retour des douleurs intenses dans les articulations des épaules, des mains, des genoux et des pieds ; tête lourde, beaucoup d'agitation pendant la nuit.

Le 25, coma alternant avec le délire ; pouls médiocrement plein, à 100 ; l'éruption miliaire s'est propagée au cou, les

douleurs articulaires persistent. Dans la nuit du 25 au 26, dyspnée considérable, sans que l'auscultation révèle aucune affection des organes thoraciques. Délire violent; le malade est agité et parle beaucoup; la face est rouge; le pouls à 132, facile à déprimer. Dans la soirée du 26, huit heures avant la mort, la température atteignit le chiffre inusité de 41°; tandis qu'elle n'avait été que de 39 à 40 les jours précédents. Une saignée de 10 onces fut suivie de la mort du malade au bout de deux heures. Les accidents cérébraux avaient eu en tout une durée de trois jours et demi environ.

A l'autopsie, on constata que les vaisseaux des méninges et du cerveau contenaient une assez grande quantité de sang; aucune autre lésion de l'encéphale. Dans plusieurs articulations, la synoviale était fortement injectée, et leur cavité séreuse contenait du pus et des flocons fibrineux. Pas d'altération des viscères.

Les *Archives* du mois de septembre 1858 contiennent une observation de M. Lebert qui me paraît, malgré quelques différences dans la rédaction, n'être autre que l'observation I; aussi n'ai-je pas cru devoir la reproduire.

Dans ces trois observations, l'existence d'un rhumatisme articulaire aigu, ne me paraît pouvoir donner lieu à aucune contestation, pas plus que la présence du pus dans les articulations.

Remarquons que chez la malade de la deuxième observation, la maladie avait débuté par quelques jours d'anorexie, et s'était bientôt accompagnée d'ictère. Cette circonstance a été indiquée par quelques auteurs comme d'un fâcheux pronostic, et elle s'est rencontrée chez la malade que j'ai observée.

Rhumatisme articulaire aigu avec ictère. — Pus dans les articulations du genou droit, du pied droit et de l'épaule gauche. — Corps fibreux et polypes de l'utérus. — Kyste du rein droit.

Le 25 mars 1864, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Vincent, n° 4, service de M. Natalis Guillot, la nommée Bugillon (Josephine), âgée de soixante-quatre ans, lingère.

Cette femme entre à l'hôpital parce qu'elle a de la fièvre et des douleurs dans les articulations depuis trois semaines.

Etat actuel. Teinta ictérique assez prononcée de la peau et des sclérotiques, injection des pommettes; peau chaude, pas de pétéchies: douleurs assez vives dans les épaules, le genou et le pied droit. Tuméfaction assez notable du genou droit, les douleurs sont plus intenses depuis huit jours, et cette aggravation s'est accompagnée de frissons et de tremblement: il n'y a de douleurs en aucun autre point; elle ne souffre ni de la tête, ni de la poitrine, ni du ventre.

Respiration normale: ni toux, ni expectoration. Sonorité complète en avant et en arrière, autant que permet de l'affirmer un examen fait rapidement à cause des douleurs articulaires.

Battements du cœur forts et communiqués à une large surface du thorax, probablement à cause de l'amaigrissement des parois thoraciques. Pas de bruit anormal. Intermittences revenant après deux à trois révolutions cardiaques. Pouls assez large, intermittent. Intégrité de l'intelligence et des sens.

Anorexie. Langue un peu sèche. La matité hépatique n'est pas plus considérable qu'à l'état normal; mais le foie paraît descendu.

Antécédents: Ménopause à quarante-sept ans. Rhumatisme articulaire aigu, il y a trois ans, avec les mêmes symptômes au dire de la malade; depuis deux ans, palpitations de cœur.

27 au soir, fièvre plus intense: peau plus chaude, un peu sudorale. Pouls plus large, irrégulier, plus fréquent. A gauche, respiration un peu soufflante; râles crépitants peu abondants en avant et en arrière.

Ipéca stibié. Ventouses scarifiées.

28. Affaïssement considérable: sécheresse de la langue. Douleurs dans les articulations. Congestion hypostatique aux deux bases. Netteté de l'intelligence. C'est alors que j'examinai cette femme, et que je m'arrêtai au diagnostic de rhumatisme articulaire aigu à forme grave.

L'état de cette femme n'a plus dès lors fait que s'aggraver; et la mort est venue dans la nuit du 29 au 30.

Autopsie. Arthrite non douteuse des articulations du genou et du pied à droite, et de l'articulation de l'épaule gauche. Injection très-vive de la synoviale. Pus dans ces articulations, et dans plusieurs coulisses tendineuses.

Pas de lésion cardiaque. A la base des poumons, un peu de congestion hypostatique.

Foie normal.

Un peu de congestion du cerveau. Utérus volumineux, présentant à sa surface péritonéale plusieurs tumeurs fibreuses de la grosseur d'une noisette, et dans sa cavité trois petites tumeurs pédiculées. Vive injection de la muqueuse utérine. Col un peu entr'ouvert avec bouchon gélatineux. Il est utile de noter que cette femme affirmait ne pas avoir eu d'hémorrhagie depuis la ménopause.

A l'extrémité supérieure du rein droit, kyste de la grosseur d'une orange, ayant soulevé la capsule surrénale.

Je me borne à rappeler que j'ai présenté à la Société une certaine quantité de liquide recueilli dans les articulations, et des lambeaux de synoviale, afin que le doute ne pût subsister sur le fait de l'arthrite terminée par suppuration. Il n'y a pas à la vérité dans cette observation la mobilité qu'on trouve le plus habituellement dans le rhumatisme articulaire aigu, mais il en est ainsi dans bien des cas.

Il ressort des faits examinés dans ce travail que l'on peut admettre avec M. Cossy, que si dans la grande majorité des cas, le rhumatisme articulaire aigu ne laisse après lui aucune altération notable dans les articulations qu'il a envahies, il est d'autres cas, sur le diagnostic desquels on ne saurait élever aucun doute, dans lesquels un certain nombre d'altérations bien dessinées, indépendantes de l'intensité et de la durée des accidents locaux du rhumatisme, sont caractérisées par un état inflammatoire de la membrane synoviale, et, de plus, par la présence du pus.

J'aurais voulu ne pas me borner seulement à une étude d'anatomie pathologique, et j'ai cherché quelles étaient les conditions qui avaient favorisé la production du pus. Mes recherches ont été vaines, et m'obligent à admettre que l'idiosyncrasie joue dans cette fatale terminaison le rôle le plus important :

il n'y a aucun signe qui permette de reconnaître cette prédisposition, et il n'y a rien dans les observations qui puisse faire invoquer une constitution médicale. Les faits de cette nature sont d'ailleurs assez rares pour qu'il n'y ait pas lieu de discuter ce dernier point.

Si, renversant la proposition, nous cherchons à nous rendre compte de la rareté de la suppuration, nous ne pouvons l'attribuer qu'à la nature même du rhumatisme. La nature des tissus affectés, invoqué par M. Hardy, la mobilité qui, au dire de M. Marotte, empêcherait la maladie de parcourir toutes ses phases et d'arriver à la période de suppuration, sont des hypothèses qui ne peuvent satisfaire, en présence des faits publiés. Je ne saurais pas davantage admettre avec M. Malgaigne, que tant que l'élément rhumatismal domine ou balance l'élément inflammatoire, on ne voit pas ou l'on ne voit que bien rarement la terminaison par suppuration ; mais, que si le rhumatisme a à peu près disparu, laissant l'inflammation triompher seule sur une articulation unique, c'est là une terminaison pourtant qui n'est pas absolument rare. Cette loi de balancement me paraît une vue ingénieuse, et rien de plus ; quant aux terminaisons par tumeur blanche du rhumatisme, devenu mono-articulaire, je crois qu'il y a souvent lieu d'invoquer l'existence de la scrofule.

J'aurais été heureux de réunir à ce mémoire les faits relatifs au rhumatisme musculaire ; mais je n'ai trouvé que des assertions, et les faits de M. Chrétien que le rapport de M. Michel Lévy a appréciés à leur juste valeur.

La terminaison par suppuration du rhumatisme scarlatineux est une question qui a des connexions avec cette étude : aussi me suis-je livré à quelques recherches ; mais les observations me font défaut. M. Barthez dit bien que dans le rhumatisme secondaire à la scarlatine, il existe une véritable suppuration articulaire ; mais il n'en a vu aucun cas, et il ne cite comme ayant observé cette fatale terminaison que MM. Duchâteau, Kennedy et Trousseau.

L'Union médicale du mois de septembre 1852 donne à cet égard l'opinion de M. Trousseau, que je cite textuellement. Dans des cas heureusement fort rares, le rhumatisme se géné-

ralise, prend une horrible intensité ; le délire et les accidents nerveux surviennent ; et après la mort, qui alors est inévitable, on trouve les articulations remplies de pus.

La question de savoir si le traitement avait eu quelque influence sur la production du pus et sur la terminaison fatale s'est naturellement présentée à mon esprit ; il n'y a pas, je crois, lieu de l'incriminer. J'avoue néanmoins que la lecture attentive des discussions sur le rhumatisme et des observations ne m'a rendu partisan d'aucun traitement perturbateur.

En effet, si M. Bouillaud, grâce aux émissions sanguines d'après sa méthode, ne voit pas de rhumatisme se terminer par suppuration, et s'il observe tous les ans environ trois cas de complications cérébrales, avec symptômes ataxiques, état comateux et mort en moins de vingt-quatre heures (communication de M. Vigla à la Société médicale des hôpitaux), je trouve dans cette proposition insolite d'accidents cérébraux une raison de me déter de ce traitement. J'ajouterai qu'il me répugne d'une façon générale d'admettre ces formules inflexibles qui me paraissent, malgré les affirmations contraires, tenir beaucoup plus de compte du génie supposé de la maladie que du malade, sans parler des inconvénients ultérieurs qu'une telle médication me paraît avoir.

Quant à moi, l'expectation en tant que médication dans laquelle on aide l'organisme pour conduire la maladie à une solution définitive, demandant selon les individus et les constitutions médicales aux émissions sanguines, à la méthode de Stoll, à celle de Fordice, à celle de Brocklesby, sinon la guérison immédiate, du moins un soulagement, me paraît devoir guider le médecin au lit du malade. Je n'ai pas trouvé dans l'étude des observations la preuve qu'aucune médication parvienne à juguler le rhumatisme. Ne devons-nous pas en outre nous demander, en supposant qu'une telle médication existe, si elle devrait être appliquée, sans nous préoccuper de savoir si le rhumatisme ainsi arrêté dans sa marche ne se manifesterait pas sous une autre forme plus grave ? Je n'insisterai pas davantage sur ce point, puisque je ne crois pas aux médications qui jugulent les maladies. Dans tous les cas, elles me paraissent encore à découvrir.

Je ne prolongerai pas cette excursion dans le domaine de la thérapeutique, quoiqu'elle ne soit pas tout à fait déplacée, puisque nous devons demander à l'anatomie pathologique, non seulement les causes de la mort, mais surtout les moyens de soulager, de guérir, et de ne pas nuire par notre médication.

Comme conclusion de ce travail, je crois qu'il est permis de dire que si le rhumatisme articulaire aigu dans la majorité des cas ne semble qu'effleurer les articulations, il existe des observations qui prouvent que l'inflammation peut aller jusqu'à la production du pus. Si telle n'est pas, Messieurs, votre opinion, je désire que cette étude excite le zèle des présentateurs à faire définitivement trancher par la Société cette question d'anatomie pathologique si souvent controversée.

PRIX ERNEST-GODARD.

RAPPORT DE L'ARCHIVISTE, LE D^r POUMET, LU DANS LA SÉANCE
DU VENDREDI, 5 AOÛT 1864, SUR LES CANDIDATS ET LES ŒUVRES
DES ADMIS AU CONCOURS.

MESSIEURS,

Il y a vingt-deux mois, notre Collègue si regretté, Ernest Godard, mourait sur la terre étrangère, victime de son amour du travail, victime de son dévouement à la science. Personne de nous n'a oublié les paroles nobles et touchantes de l'éloge prononcé, le 4 mars dernier, par M. Duchaussoy, dans la séance solennelle pour le compte rendu de 1862. La Société tout entière s'y est associée dans un élan spontané de vive sympathie, de sincère reconnaissance; elle en gardera longtemps le pieux souvenir, et ce sera justice; car les dernières pensées de notre ami ont été pour nous; ses dernières libéralités pour les Sociétés Savantes qui l'avaient reçu au nombre de leurs membres.

Par son testament écrit à Jérusalem et daté des 3 et 4 septembre 1862, Ernest Godard a légué à la Société Anatomique une somme de 5,000 fr., pour fonder « *un prix bisannuel à décerner à l'auteur du meilleur Mémoire sur l'Anatomie Normale, l'Anatomie Pathologique ou la Tératologie.* » (art. 1^{er} du règlement du Prix public à la fin du volume de 1863).

C'est un devoir de douce gratitude de vous rappeler, Messieurs, que la famille du Testateur, s'associant à ses généreuses intentions, a pris à sa charge et payé de ses propres deniers tous les droits de mutations, de sorte que la somme léguée vous a été remise tout entière, et que le prix bisannuel s'élève à 420 fr. (art. 2).

Déjà, vous aviez reçu un grand nombre de volumes offerts par MM. Pigné, Barth, Cloquet, Moreau, ou laissés en mourant par MM. Jules Godard, Larché, Lenoir; mais le legs d'Ernest Godard est le premier qui vous ait été fait en argent, depuis soixante ans environ, époque de la fondation de votre Société (1). Espérons qu'il ne sera pas le dernier. Espérons encore et surtout que les travaux commencés par notre Collègue ne tarderont point à paraître. L'héritage scientifique, confié il y a dix-huit mois à M. le professeur Charles Robin, son exécuteur testamentaire, doit venir bientôt augmenter, enrichir les collections, les bibliothèques des Sociétés d'Anatomie, d'Antropologie, de Biologie, ses légataires particuliers.

E. Godard mourut à Jaffa (Syrie) le 21 septembre 1862, et la triste nouvelle nous en est parvenue à Paris, le 5 décembre suivant. En même temps, nous apprenions la donation qui nous a été faite, et dès le 24 janvier 1863, la somme entière était entre nos mains. Pendant que les formalités légales suivaient leur cours, de votre côté, une Commission était chargée d'arrêter les articles réglementaires du Concours, et la Société les adoptait vers la fin de février. La publication de ce programme fut faite dès le commencement de mars 1863, puis, quatorze mois après le premier envoi, renouvelée en mai 1864, soit par exemplaires adressés nominativement, soit par inser-

(1) 3 décembre 1863.

39^e année 1864, 2^e série, T. IX.

tions dans les journaux scientifiques, non-seulement en France, mais aussi à l'Étranger.

Permettez-moi de vous faire connaître quelle a été, pour le premier concours, la répartition de ce programme, afin qu'à l'avenir vous puissiez, suivant les besoins et les indications, l'augmenter ou la modifier.

En France, vous en avez envoyé à : (art. 3).

1° Tous les anciens membres de notre Société.

2° Dans les trois Facultés de Médecine, à tous les Professeurs.

3° Dans les deux Écoles de Médecine Militaire,

4° Dans les trois Écoles de Médecine Navale,

5° Dans les trois Écoles de Médecine vétérinaire,

6° Dans les vingt-deux Écoles Préparatoires de Province, au Directeur, aux Professeurs d'anatomie, de physiologie, de clinique interne, de clinique externe; au Chef des travaux anatomiques; en tout, six pour chacun de ces trente centres d'Instruction.

7° Pour les hôpitaux de Province, dans cinquante chefs-lieux environ de Département; au Médecin en chef, au Chirurgien en chef, à la Salle de garde.

8° Aux Chirurgiens-Majors de plusieurs régiments d'Infanterie, de Cavalerie, d'Artillerie.

9° A sept journaux de Médecine publiés dans les Départements.

10° Aux Présidents et Secrétaires de douze Sociétés savantes de Province, celles qui nous envoient leurs bulletins.

11° Puis à Paris, à tous les journaux de Médecine et de Chirurgie.

12° Aux Sociétés des vingt Arrondissements, et autres encore.

13° Enfin, dans tous les hôpitaux civils et militaires, à la Salle de garde.

A l'Étranger (art. 3), quatre-vingt-six prospectus ont été envoyés *franco*, par la poste, dans vingt-deux destinations : Universités, Hôpitaux, Écoles, dont les noms suivent, sans oublier le Caire, Alexandrie, Jaffa, Jérusalem, qui avaient connu le zèle et le sort malheureux de notre courageux confrère.

10 Angleterre.	9 Italie.
6 Autriche.	2 Norvège.
3 Belgique.	3 Portugal.
4 Duché de Bade.	7 Prusse.
7 Bavière.	4 Saxe.
2 Danemarck.	6 Suisse.
4 Egypte et Syrie.	3 Russie.
3 Etats Pontificaux.	2 Turquie.
2 Etats-Unis d'Amérique.	5 Espagne, Grèce, Hollande.
	5 Hanovre, Mecklembourg.

Les listes des membres de la Société Anatomique, celles de la Société de Chirurgie, les Annales de Médecine, les publications des sociétés médico-chirurgicales de Paris et de la Province nous ont donné, tant pour la France que l'Etranger, les noms, les adresses de ces différents destinataires.

L'article 10 du règlement prononce que le délai de rigueur fixé pour arrêter la liste des Candidats, sera le 31 juillet au soir. En conséquence, le Dimanche dit jour, votre Archiviste a attendu et veillé jusqu'à minuit pour recevoir les envois attardés, et à minuit un quart, j'ai clos, arrêté, signé, paraphé la liste des Auteurs et des ouvrages admis à ce premier Concours, celui de 1864 (art. 10).

Je vous ai fait connaître, Messieurs, ce que vous aviez distribué en deux fois, savoir plus de 500 Exemplaires du programme. Voilà la semence que vous avez confiée au domaine de la Science. Voici maintenant ce que vous avez récolté.

De l'Etranger, il n'est rien venu : Médecins, Anatomistes et Savants, personne n'a répondu à votre appel, et je n'ai reçu ni une seule ligne de manuscrit, ni une seule page d'imprimé. Attendons cependant avec confiance dans l'espoir qu'à l'avenir il en sera autrement.

De France, il vous est parvenu quatre mémoires en tout : trois envoyés de Province, un apporté de Paris.

Tous les quatre sont arrivés en temps utile, avant l'expiration du délai accordé, et fixé au 31 juillet au soir (art. 10), ainsi que le prouvent les timbres à l'huile frappés par la Poste sur les lettres d'envoi et sur les ouvrages transportés. Cinq jours après la clôture de la liste, aujourd'hui, vendredi matin, il ne m'était parvenu aucun travail retardé dans sa route.

Tous les quatre sont accompagnés d'une lettre dans laquelle chaque auteur : 1° fait acte de Candidature (art. 3) ; 2° déclare expressément que son ouvrage n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucune récompense scientifique (art. 5).

Tous les quatre sont dus à des auteurs français.

Tous les quatre sont écrits en langue française.

(Remarquons en passant, Messieurs, que les trois Facultés de France sont représentées dans ce Concours).

Trois mémoires sont en manuscrit.

Un seul est imprimé ; de plus, il compte six annotations ajoutées à la main aux pages 66, 68, 75, 396, 406, 422.

Deux sont entièrement inédits.

Un est en partie inédit, et en partie publié dans le *Journal le Montpellier médical*.

Un a été publié *in extenso*, à Paris, dans le *Journal de Physiologie de l'homme et des animaux*, en janvier et juillet 1863 (art. 4).

Trois sur quatre sont pourvus de huit planches, dont une coloriée.

Un seul Mémoire a une table des matières. Pour faciliter et abréger le travail de la Commission, j'en ai ajouté une aux trois autres. En cas d'erreur, ce ne serait pas au Concurrent, mais bien à l'Archiviste qu'il faudrait s'en prendre.

L'ensemble de ces quatre envois forme un total de 256 pages entières que le jury aura à lire et à apprécier, soit en moyenne, 65 pages par mémoire. En accordant à chacun des membres de la Commission une semaine par brochure pour la lire une et plusieurs fois, il ne faudra que deux mois aux cinq juges pour que tous aient eu le temps de prendre connaissance complète, approfondie, des quatre ouvrages à examiner.

Dès le premier Concours, le vœu de Godard a été exaucé, et les trois divisions des Sciences Anatomiques qu'il avait indiquées (art. 1^{er}) ont reçu chacune, en mémoires à elles destinés, savoir :

Deux sur l'Anatomie normale.

Un sur l'Anatomie pathologique.

Un sur l'Anatomie tératologique, étude de prédilection de notre laborieux confrère.

« L'art. 11 du règlement du prix, porte que « *les ouvrages envoyés au concours deviennent tous la propriété de la Société.* » En conséquence, j'ai dû viser, timbrer, signer tous ces envois, afin que, dans cinq mois, après le jugement de la Commission, ils rentrent tous et tout entiers dans nos Archives. Là ils pourront être copiés (art. 11), consultés, invoqués, vérifiés, contrôlés sous le double point de vue scientifique et administratif.

De plus un registre spécial (N. 25), dit du Prix Godard, est destiné à reproduire par tableaux synoptiques préparés à l'avance et entièrement semblables à celui placardé dans la salle de vos réunions, tout ce qui se rapporte aux auteurs et aux ouvrages admis à concourir, non-seulement cette année 1864, mais aussi à l'avenir.

Ces lettres, ces ouvrages, ce registre nous constitueront une espèce de greffe; et si plus tard on adresse à la Société des demandes en justification de titre, de récompense, elle pourra répondre sûrement, sans tomber dans le grave inconvénient de confondre les uns avec les autres, ou parents ou homonymes.

J'arrive maintenant à l'exposé qu'attendent votre impatience et votre curiosité bien légitimes. C'est le nom des auteurs et le titre des ouvrages inscrits pour 1864.

Aux dates ci-dessous vous avez reçu ce qui suit :

Le 21 juillet.

N° 1.

De M.... Foltz, professeur d'Anatomie à l'École préparatoire de Lyon; sur l'anatomie normale :

Deux exemplaires (art. 3) brochés d'un Mémoire imprimé, écrit en langue française, non encore récompensé, publié à Paris en janvier et juillet 1863, dans le *Journal de physiologie de l'homme et des animaux*, et intitulé : *Homologie des membres pelviens et thoraciques de l'homme* (2 brochures in-8° avec 2 pl. — 76. p. Une lettre de Candidature.)

Le 26 juillet.

N° 2.

De M. Albert Puech, D. M. à Nîmes, lauréat de plusieurs Sociétés savantes : sur la Tératologie.

Un exemplaire (art. 3) broché d'un Mémoire manuscrit inédit.

dit, écrit en français, n'ayant pas encore été récompensé, et portant pour titre :

Absence congénitale de l'utérus.

(Un : brochure in-8° avec deux dessins à la plume — 146 demi-pages. Deux lettres de Candidature.)

M. A. Puech vous est déjà connu. En décembre 1858, il vous a adressé :

1° *Etudes sur une Monstruosité double, etc.*, publiée en 1856, à Montpellier ;

2° Sa thèse de Doctorat, soutenue en 1858, à Montpellier sur l'*Hématocèle péri-utérine et ses sources.*

Deux brochures qui font partie de votre collection de *Mélanges*, T. 28.

Le 27 juillet.

N° 3.

De M. le Dr Armand Sabatier, Chef des travaux Anatomiques de la Faculté de Montpellier : sur l'Anatomie normale,

Un exemplaire broché d'un Mémoire manuscrit, non encore récompensé, en partie inédit et en partie publié dans le journal *le Montpellier médical*, intitulé : « *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils musculaires correspondant à la vessie et à la prostate dans les deux sexes.* »

(Une brochure in-8° avec 4 pl. — 67 p. Deux lettres de Candidature).

M. A. Sabatier a déjà publié : *Etudes physiologiques sur les voies lacrymales*, insérées en deux fois dans *le Montpellier médical*, année 1860, T. 4 et 5.

Le 31 juillet.

N° 4 et dernier.

De M. J. V. Laborde, ex-interne en médecine des hôpitaux de Paris, membre adjoint de notre Société : sur l'anatomie pathologique.

Un exemplaire broché d'un Mémoire manuscrit, inédit, non encore récompensé, écrit en langue française et portant pour titre :

1° « *D'une lésion primitive de la moelle épinière dans la paralysie dite essentielle de l'Enfance : son siège, sa nature.* »

2° « *Des altérations secondaires des muscles dans la même maladie, espèce d'atrophie musculaire non encore décrite.* »

(Brochure in-8° avec 2 pl. dont une coloriée, 81 demi-pages. Une lettre de Candidature).

Tel est, Messieurs, le rapport exact, fidèle, complet, mais et à dessein nullement scientifique, que vous devait votre Archiviste (à cet effet désigné en février 1863) (art. 10), sur les auteurs inscrits et les ouvrages adressés à ce premier Concours pour le prix à décerner en janvier 1865 (art. 8). C'est à la Commission (1) qu'appartient le droit et qu'incombe le devoir si difficile à remplir, de lire, apprécier, juger équitablement ces quatre ouvrages, et de récompenser, ainsi que le dit Godard dans son testament : « *L'auteur du meilleur Mémoire, soit sur l'Anatomie Normale, soit sur l'Anatomie Pathologique, soit sur la Tératologie.* »

En conséquence de tout ce qui précède, et puisque les Candidats ont rempli les formalités exigées, j'ai l'honneur de vous proposer de vouloir bien adopter les deux conclusions suivantes :

1° « Admettre à concourir pour le prix Ernest Godard, prix « à décerner en janvier 1865, les quatre candidats inscrits « ci-dessus. »

2° « Quant au présent rapport, puisque, dans l'espèce, il se « trouve être le premier en date, l'imprimer dans vos Bulle-
« tins, pour le volume de l'année 1864 et l'adresser à Bor-
« deaux, à la famille d'E. Godard. »

J. POUMET.

25 août 1864.

(1) Cette Commission est composée comme il suit :

MM.

Membres	{	GIRALDÈS, <i>Président.</i>
Honoraires :		TRELAT,
		AXENFELD,
		HOUEL,
Titulaire :		BROCA,

Le rapport devra être lu avant la fin de décembre 1864. Pour le résultat de ce premier concours, voir le commencement du volume de 1865.

Ont été nommés membres adjoints :

MM. FERNET,
FONTAN,
ROBERTET,
LAMARE,

XXXIX. ANNÉE — NOVEMBRE 1864.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Exostoses crâniennes ; ramollissement cérébral, aphasie. — 2. Calcul rénal. — 3. Tumeur de la dure-mère. — 4. Kyste de l'ovaire. — 5. Arrachement des parties génitales externes. — 6. Calcul de la vessie développé autour d'une tige métallique, — 7. Spinabifida double. — 8. Deux exemples de phlébite du sinus latéral. — 9. Cancer de la colonne vertébrale. — 10. Oblitération spontanée du tronc veineux brachio-céphalique. — 11. Paralyse générale. — 12. Hémorrhagie cérébrale. — 13. Tumeur fibreuse de l'utérus. — 14. Kyste hydatique du rein. — 15. Gangrène de la jambe. — 16. Ramollissement du cerveau. — 17. Ulcération intestinale simple chez une cancéreuse ; oblitération de l'artère crurale et de la fémorale profonde. — 18. — Stéatose du foie. — 19. Aphémie ; hémorrhagie de la protubérance. — 20. Cancer des côtes et de la colonne vertébrale.

OBSERVATIONS. — Congestion délirante, due à une transition brusque de température, rapidement guérie ; petites attaques consécutives ; délire aigu, guérison ; mélancolie hypochondriaque ; paralyse générale ; maladie bronzée ; mort ; autopsie. Observation et réflexions par M. REGNARD, interne des hôpitaux.

Rapport de M. GOUGUENHEIM.

Pneumonie chronique. Dilatations bronchiques ; adhérences pleurétiques avec épaississement considérable de la plèvre droite ; tubercules ; reins graisseux. Observation par M. LACROUSILLE, interne des hôpitaux.

Hermaphroditisme apparent chez une personne du sexe féminin, par M. DACOROGNA, interne des hôpitaux.

Rapport de M. DAMASCHINO sur trois présentations de corps étrangers de la tunique vaginale faites par M. LEGROUX, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Regnard montre la *voûte crânienne* d'une femme de 64 ans qui était arrivée à un état de *démence très avancée* et de plus était *aphasique*.

La *voûte crânienne* offre une épaisseur double de l'état normal : en avant, et de chaque côté, à partir de l'apophyse cristagalli sont *deux exostoses* de la largeur d'une pièce de 5 francs avec saillies et *rugosités* atteignant 1 centimètre d'épaisseur.

Les hémisphères cérébraux étaient inégaux ; le *gauche* pesait 70 gram. en moins.

A la face externe de cet hémisphère, toute la rangée inférieure des circonvolutions, à partir de l'*insula*, et y compris la portion de la *troisième circonvolution* qui surmonte immédiatement ce lobule, présentaient une perte de substance considérable. Ce qui reste de la substance cérébrale adhère intimement aux membranes épaisses et couleur jaune d'ocre, paraissant comme des bourses pleines et vides : là est la perte de substance qui enlève 70 gram. de poids à cet hémisphère.

2. M. Dacorogna présente un *calcul rénal* très volumineux qui a produit des abcès par résorption purulente et une disparition complète de la substance rénale.

Ce calcul est formé d'un noyau d'acide urique recouvert à la superficie d'une couche de phosphate de chaux.

3. M. Hayem met sous les yeux de la Société une *tumeur*

de la dure-mère qui occupait la base du crâne, et donne les détails qui suivent :

Chégniot, âgé de 58 ans, entré à Bicêtre comme paraplégique, meurt le 20 septembre 1864 de débilité. Cet homme s'était plaint de trouble de la vue, cinq mois avant de mourir, disant que le grand jour lui faisait mal. Mais sa vue s'était conservée au point qu'il pouvait encore lire le journal quelques jours avant sa mort. Il n'avait ni céphalalgie ni strabisme.

L'examen à l'ophtalmoscope n'a pas été fait.

En enlevant l'encéphale on trouve à la base du cerveau et en avant une tumeur qu'on n'avait nullement soupçonnée pendant la vie.

Le cerveau est retenu au sphénoïde par une tumeur dure qui s'est développée dans la fosse pituitaire et la selle turcique, et qui adhère fortement au sphénoïde. En cherchant à l'enlever par le décollement de la *dure-mère*, celle-ci se déchire dans le voisinage de la tumeur qui adhère d'une part à l'os, de l'autre au cerveau. On la dissèque en rasant l'os et on achève d'enlever l'encéphale. Le volume de la tumeur est celui d'une grosse noix; elle s'arrête au niveau des trous optiques et comprend dans son épaisseur le sinus caverneux, le chiasma, la carotide interne et ses trois branches. Elle se moule d'une part sur les os, de l'autre sur le cerveau; la *dure-mère* et l'*arachnoïde* épaissie adhèrent fortement tout autour d'elle. Les deux nerfs olfactifs sont légèrement comprimés à leur naissance et reliés à la tumeur par un épaississement de l'*arachnoïde*. La carotide traverse la masse morbide sans être oblitérée, et chacune de ces branches coupées est béante et pleine de sang. Le sinus caverneux est aplati sur les limites externes de la tumeur. Le corps pituitaire est refoulé en avant, comprimé; mais sa coloration le fait facilement reconnaître.

En soulevant la tumeur, on voit qu'elle entraîne avec elle la substance nerveuse ramollie au voisinage, sans changement de coloration.

En disséquant l'*arachnoïde*, on voit que le chiasma, les nerfs optiques et les bandelettes optiques se sont confondus avec la tumeur, et il est impossible de les séparer du tissu

morbide qui les a, pour ainsi dire, englobés. Les nerfs moteurs de l'œil côtoient les limites externes de la tumeur et sont sains et disséquables des deux côtés. On trouve de plus, par le reste de l'examen encéphalique une teinte opaline générale de l'arachnoïde, un œdème de la pie-mère très-prononcé et un peu d'œdème cérébral ; le plancher du 4^e ventricule est légèrement granuleux, chagriné. Les ventricules latéraux sont distendus par *une sérosité* plus abondante qu'à l'état normal.

Il n'y avait *nulle part d'autre tumeur*.

Examen microscopique. — A la coupe, la tumeur est dure, crie sous le scalpel, d'une consistance squirrheuse ; mais ne donne de suc ni par le râclage, ni par la pression. Sur des préparations prises à un grossissement suffisant, 400 d., on voit une trame assez complexe, formée surtout par des éléments allongés qui possèdent un noyau volumineux et de fins granules. Les dimensions du noyau et les granulations fines rapprochent ces éléments des cellules épithéliales, tandis que leur forme rappelle celle des corps fibro-plastiques. Leur disposition ne laisse aucun doute sur leur nature épithélioïde. En effet, dans certains points, ils sont irrégulièrement disposés et mélangés à une matière amorphe granuleuse peu abondante, tandis qu'en d'autres, ils sont disposés concentriquement autour d'une petite cavité et forment des globes plus ou moins volumineux, espacés ou serrés les uns contre les autres ; — sur quelques points on voit un assez grand nombre de fibrilles élastiques et de fibres lamineuses irrégulièrement distribuées. — De plus, dans chaque préparation, il y a quelques vaisseaux capillaires à parois épaisses et recouverts de noyaux, et un assez grand nombre de granulations graisseuses.

Sur les préparations du nerf optique et des bandelettes optiques on trouve un épaississement fibreux du névritème et du périnèvre et une dégénérescence graisseuse d'un grand nombre de tubes nerveux.

Je crois donc que cette tumeur doit se ranger au nombre de celles décrites par M. Robin sous le nom d'épithéliomas des

séreuses, qui ont été quelquefois confondues avec les sarcomes de la dure-mère.

Il est remarquable que, malgré l'englobement des nerfs optiques par la masse morbide et la dégénérescence graisseuse d'un grand nombre de tubes nerveux, on n'ait observé qu'une sensibilité assez vive à la lumière et un affaiblissement peu prononcé de la vue. D'ailleurs ce sont là les seuls symptômes révélés par cette tumeur.

Ces productions morbides doivent prendre place à côté de celles qui ont été décrites depuis quelques années comme de nature cancéroïdale. Elles prennent leur origine dans le feuillet cellulo-épithélial des méninges et arrivent à un grand développement, mais avec lenteur.

Elles ne trahissent leur présence que par peu ou point de symptômes; elles ne diffèrent pas, sous ce rapport, des autres tumeurs extra-cérébrales; mais ce qui leur imprime un caractère spécial, c'est qu'on ne les a jamais vues se généraliser dans le reste de l'économie. Elles sont toujours localisées, sans déterminer d'infection générale, et sous ce rapport elles se distinguent des vraies tumeurs cancéreuses.

En 1861, M. Potain vous a présenté un fait de ce genre : une tumeur épithéliale du volume d'une amande appliquée contre les nerfs optiques sans aucun phénomène symptomatologique. En 1857, M. Ferréol vous a présenté également deux tumeurs fibreuses du cerveau comprimant le côté gauche de la protubérance et l'hémisphère cérébral gauche. Toutes ces tumeurs se réduisent à deux variétés : le sarcome et l'épithélioma. Elles ne semblent pas avoir de gravité lorsqu'elles siègent à la superficie des circonvolutions et ne déterminent pas de réaction autour d'elles, ne paraissent liées à aucune diathèse, et l'on comprend ainsi comment le plus souvent le diagnostic de la tumeur n'est possible qu'à l'autopsie.

4. M. Lacrouille présente :

Un *kyste de l'ovaire* qui s'est ouvert dans le rectum. Les

parois sont très épaisses, comme cartilagineuses, et le liquide qui y était contenu renfermait de la cholestérine et du pus.

La perforation qui fait communiquer le kyste avec le rectum, se voit à la partie inférieure de cet organe.

A côté de cette tumeur se voit un autre kyste beaucoup plus petit.

M. Houel. J'émettrai quelques doutes sur la nature de cette tumeur. Est-ce bien un kyste de l'ovaire? Je ne retrouve pas la forme des kystes de l'ovaire, puis je ne vois pas l'ovaire. Cette pièce a plutôt l'aspect d'un kyste hémattique, d'une hématoécèle.

M. Brouardel. Les hématoécèles enkystées (car il ne saurait être question que de cette variété) ne ressemblent pas à cette tumeur. Les parois sont toujours formées aux dépens des intestins qui forment le plancher du caillot, et il n'y a pas de poche libre d'adhérence. En outre, je ferai remarquer que les hématoécèles qui s'ouvrent dans le rectum sont au moins aussi rares que les kystes de l'ovaire qui ont ce même mode de terminaison.

M. Desprès. Les kystes développés dans l'ovaire sont très rares; mais M. Verneuil a décrit des kystes fournis dans le ligament large.

Il y a une variété d'hématoécèle, l'hématoécèle sous-péritonéale, qui peut affecter cette forme de tumeur; mais je ne crois pas que nous soyons ici en présence d'une hématoécèle. Les parois sont bien épaisses, le liquide ressemble bien à celui des kystes de l'ovaire, puis la présence du petit kyste ajouté au premier me paraît devoir trancher la question.

M. Houel. Il y a une grande variété d'hématoécèles, si bien que nous sommes encore assez ignorants sur l'origine de ces épanchements de sang. Je n'ose pas affirmer que cette tumeur soit une hématoécèle; mais j'ai dit que c'est une forme rare de kyste de l'ovaire. Quant aux kystes décrits par M. Verneuil, ils siègent dans l'organe de Rosenmüller, et n'acquiescent jamais un volume un peu considérable; ils sont toujours uniloculaires, et le liquide qu'ils renferment est séreux. Tan-

dis que les kystes de l'ovaire proprement dit sont multi-loculaires et contiennent un liquide filant.

5. M. Delens met sous les yeux de la Société un exemple très remarquable d'*arrachement des organes génitaux* (testicules, canal déférent, scrotum et fourreau de la verge).

Louis Chefdeville, âgé de 52 ans, employé dans une raffinerie, est apporté à l'hôpital Lariboisière, le 10 novembre 1864 et couché au n° 12 de la Salle Saint Augustin, service de M. Chassaignac.

Il est grand, fortement constitué; il est marié et père de deux enfants.

Il vient d'être victime d'un grave accident, dans l'usine où il travaille. La face est pâle, le pouls assez faible; il y a un peu de stupeur, mais les réponses sont parfaitement nettes.

Voici ce qu'on apprend : il était occupé à graisser des rouages, au-dessus d'un arbre de transmission en mouvement et horizontalement situé à deux mètres environ au-dessus du sol, son tablier a été saisi dans le mouvement de rotation de l'arbre, s'est enroulé, et lui-même entraîné, violemment, a été précipité à terre après avoir exécuté, sans doute, un demi-tour avec l'arbre en mouvement.

Lorsqu'on est venu à son secours, il était étendu sur le dos; son tablier et la moitié antérieure et supérieure de son pantalon avaient été arrachés, *ainsi que les organes génitaux* à part la verge.

Il s'écoula une certaine quantité de sang, qui ne paraît pas cependant avoir été très considérable; un médecin appelé immédiatement a appliqué une ligature sur ce qui restait du cordon testiculaire gauche, et a fait transporter le blessé à l'hôpital où l'on constate l'état suivant :

Le scrotum, les deux testicules, toute l'enveloppe cutanée de la verge ont été arrachés; du côté gauche, une partie du cordon est encore pendante avec un paquet variqueux assez considérable, qui pourrait simuler les testicules. (Le malade portait un varicocèle depuis longtemps).

Du côté droit, absence complète de toute trace du cordon.

La verge est complètement dépouillée de son fourreau; le prépuce a été arraché à la base même du gland, tout autour de la couronne, et la section est d'une netteté parfaite. Le gland et l'enveloppe fibreuse de la verge sont intacts.

La totalité du scrotum manque; il a été arraché avec les deux testicules et une portion de la peau du pénis, au-dessus de la base de la verge; en ce point, la section de la peau est parfaitement nette.

Latéralement, l'arrachement a eu lieu au niveau de l'orifice externe du canal inguinal des deux côtés; plus en arrière au niveau de la racine de la cuisse, tout à fait en arrière, sur la ligne médiane une languette cutanée de la peau du périnée a été enlevée avec le scrotum et le contenu.

Il n'y a pas actuellement d'écoulement de sang; le blessé souffre peu. En dehors de cette grave lésion, il ne présente qu'une contusion assez forte de la partie antérieure de la cuisse gauche, sur laquelle l'arbre de transmission a laissé sa trace.

Les suites de cette affreuse mutilation ont été des plus simples.

Dans les premiers jours, il y a eu seulement une très légère réaction; mais le pouls n'a pas dépassé 92 pulsations: la douleur est restée modérée.

Il y a eu, d'abord, presque suppression de la sécrétion urinaire, puis le malade a uriné librement.

Pour tout pansement, on a recouvert les surfaces saignantes d'une couche épaisse d'amidon en poudre: c'est le mode de pansement que M. Chassaignac, emploie pour les brûlures.

Les nuits sont bonnes, le malade mange une portion dès les premiers jours; son état moral est satisfaisant.

Le paquet variqueux pendant du côté gauche, se tuméfie assez rapidement; des bourgeons charnus de bon aspect ne tardent pas à recouvrir les parties dénudées; la suppuration est médiocrement abondante.

Le 19 décembre, pour la première fois le malade éprouve de la difficulté à uriner, et il faut le sonder; le même acci-

dent se reproduit le lendemain, puis, la miction redevient facile.

Le 15 janvier 1865, l'état général du blessé est satisfaisant; il dort et mange bien; il est cependant toujours remarquablement pâle.

Le pansement à l'amidon a été continué. Le travail de cicatrisation est encore loin d'être complet, quoique la plaie ait bon aspect.

Examen et description des parties arrachées.

Toute la peau du scrotum garnie de ses poils est intacte et ne porte aucune trace de contusion; elle forme une sorte de bourse présentant une large ouverture, supérieure, un prolongement antérieur constitué par le fourreau de la verge et un prolongement postérieur sous forme de languette, terminée en pointe sur la ligne médiane.

Les deux testicules sont encore en place.

Le pourtour de l'orifice supérieur du scrotum offre une déchirure très nette de la peau. En avant cette déchirure s'est faite transversalement au devant de la symphyse du pubis, à deux centimètres au-dessus de la racine de la verge. Sur la partie latérale gauche existe une languette cutanée peu considérable, mais qui interrompt cependant la régularité de la déchirure.

A droite, la section est parfaitement régulière et décrit une demi-circonférence qui se prolonge en arrière. Là sur la ligne médiane existe une languette cutanée médiane, de chaque côté du raphé du scrotum. Cette languette, enlevée à la peau du périnée, a la forme d'un triangle très allongé qui mesure 4 centimètres de hauteur et 2 centimètres à sa base qui se continue avec le scrotum.

Le fourreau de la verge ne présente aucune contusion; étalé sans tiraillement, il a 8 centimètres depuis son extrémité libre jusqu'au point où il se continue avec le scrotum.

Son extrémité antérieure, qui répondait à la base du gland présente un pourtour aussi net que si la section eût été opérée avec des ciseaux.

L'orifice interne ou postérieure du fourreau vient s'ouvrir à l'intérieur de la cavité constituée par le scrotum.

La face interne de cette cavité est tapissée par les deux séreuses vaginales, la cloison qui les sépare n'existant plus qu'à l'état de débris.

Les deux testicules sont intacts; ils sont tous deux assez mous et médiocrement volumineux. Leur plus grand diamètre est de 4 centimètres $1\frac{1}{2}$ et leur plus petit de 33 millimètres.

Au dessus du testicule droit se prolongent les éléments de cordon, entouré de ses enveloppes. Le canal déférent, isolé, mesure 12 centimètres de longueur depuis la queue de l'épididyme jusqu'au point où il a été rompu. De ce côté les veines ne sont pas anormalement développées.

Du côté gauche, au contraire, le pédicule auquel est appendu le testicule est constitué uniquement par des veines variqueuses. Le canal déférent a été rompu à son origine, près de la queue de l'épididyme.

La pièce a été déposée au Musée Dupuytren.

G. M. J. Carrière montre un *Calcul de la Vessie, développé autour d'une tige métallique.*

Le malade, porteur de ce calcul, est entré à l'hôpital Beaujon, le 17 août 1864. Il est âgé de 29 ans, bourrelier de son état. Il ressentit les premières atteintes de son affection il y a cinq ans à peu près; il éprouvait alors un picotement et une sensation de brûlure dans la vessie, survenant surtout après la miction. Cette fonction ne s'exécutait pas régulièrement: le jet d'urine s'arrêtait par moment. Les douleurs cessaient de temps en temps, la miction redevenait alors normale. Le malade ne peut pas nous dire si ses urines étaient troubles, il n'y a point fait attention. Il fut soigné pour une cystite, avec des tisanes et des bains de siège. Cet état dura pendant six mois, après lesquels il se crut guéri.

Il y a deux ans, il commença à pâlir et à maigrir, et depuis cette époque, il a beaucoup maigri et pâli; il a constamment de la fièvre, il éprouve une soif vive. A sa rentrée à l'hôpital

Beaujon, le 17 août, on constate l'état suivant : Il est pâle et maigre, il a de la fièvre, se plaint de douleur dans le bas des reins ; il éprouve de la difficulté dans la miction. La sonde métallique fait reconnaître un calcul volumineux. L'introduction de la sonde produit un spasme de l'urèthre très-marqué. L'état général du malade fait écarter l'idée de l'opération de la taille ; on se décide pour la lithotritie, qui est renvoyée à plus tard, à cause de cet état général. On cherche à habituer le canal aux instruments lithotriteurs, en y passant tous les jours des sondes en gomme élastique de plus en plus volumineuses.

Le 7 octobre, l'état du malade paraissant amélioré, comme il réclamait instamment l'opération, elle fut pratiquée. L'instrument lithotriteur fut introduit, le calcul fut saisi ; mais ne put être broyé par la pression au moyen de la vis, il fallut employer le percuteur. Le malade éprouva une amélioration sensible à la suite de cette opération ; cette amélioration fut telle, qu'il crut pouvoir se lever, malgré la défense formelle qui lui en avait été faite. Quelques fragments peu volumineux furent recueillis dans les urines, ainsi que du gravier. La sortie de ces fragments s'effectua sans douleurs.

Le 14, la fièvre revient avec intensité et redoublement le soir ; on prescrit cinquante centigrammes de sulfate de quinine. On ne recueille plus que du gravier dans les urines. — Les jours suivants, l'état général va en empirant, il survient de la diarrhée ; le malade maigrit encore plus, son teint devient jaunâtre ; les pommettes sont rouges. Une deuxième séance de lithotritie est pratiquée le 28 octobre, on retire encore une petite portion de calcul ; mais l'état général du malade ne s'améliore pas, au contraire, il s'affaisse considérablement ; les urines deviennent troubles, très-nauséabondes ; à leur surface surnagent des plaques blanchâtres. La mort survient le 2 novembre, à huit heures du soir.

A l'autopsie, pratiquée 37 heures après la mort, par un temps froid et sec, on trouve le rein gauche très-hypertrophié, ramolli, considérablement injecté ; à sa surface, on voit de petites collections purulentes dont une du volume d'une noisette.

Le rein droit présente son volume normal ; il est légèrement injecté.

Les artères ont augmenté de calibre, surtout l'artère gauche.

La capacité de la vessie paraît diminuée ; ses parois sont épaissies ; la muqueuse nous présente une coloration gris-blanchâtre, avec çà et là des traces d'injection ; elle ne paraît pas enflammée. Il n'y a pas d'adhérence entre la vessie et l'intestin. Dans la cavité de la vessie nous trouvons deux fragments de calcul, s'adaptant parfaitement l'un à l'autre. Ces deux fragments constituent les $\frac{2}{3}$ à peu près d'un calcul de forme ovoïde, d'un volume deux fois gros comme un œuf de pigeon ; sa surface est rugueuse, couverte d'aspérités ; sur les deux faces du plus gros fragment, qui constitue plus de la moitié du calcul, on voit deux empreintes faites par les mors du lithotriteur ; l'empreinte faite par la branche antérieure est très-profonde, l'autre est peu marquée. Examiné dans sa conformation intérieure, il nous présente une consistance considérable ; il paraît formé de couches concentriques grises, disposées autour d'une tige métallique. Cette tige ressemble à une branche d'épingle à cheveux, quant à son volume et à sa coloration ; mais elle est en acier bien trempé, ainsi qu'il résulte de l'action de la lime qui rebondit sur elle et ne mord pas ; elle traverse le calcul dans toute son étendue, en suivant la direction de son grand diamètre, sans occuper toutefois le lieu précis de ce grand diamètre ; en effet, elle en est éloignée de 2 ou 3 millimètres. On voit une partie de cette tige implantée sur le plus gros fragment ; sur le petit fragment se voit une gouttière qui logeait l'autre portion de la tige ; sa longueur est de trois centimètres et demi à peu près. On n'a pu avoir de renseignements positifs sur le mode d'introduction de cette tige métallique ; l'absence d'adhérence entre la vessie et la masse intestinale semble devoir exclure l'idée de son introduction par les voies digestives.

M. Adam, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, a bien voulu faire l'analyse du calcul qu'il a trouvé composé pour la plus grande partie d'urate de chaux et d'ammoniaque, avec une certaine proportion de phosphate ammoniac-magnésien. Il n'y avait pas de trace d'oxalate de chaux.

M. Perret présente un *spina bifida double* provenant d'un enfant du sexe masculin né vivant et à terme.

On ne trouve dans les antécédents de la mère ni dans les circonstances de la grossesse, aucune des causes attribuées au *spina bifida*.

Dès sa naissance, l'enfant a présenté une paralysie complète des membres inférieurs, et même de la paroi abdominale qui est fortement repoussée et s'étale sur les côtés pendant les cris. Il est bien conformé, excepté à la région dorsale, où l'on trouve une première tumeur assez volumineuse aplatie, à base large, s'étendant jusqu'à la région lombaire qu'elle envahit dans ses deux tiers supérieurs. La peau qui recouvre cette tumeur présente la coloration rosée particulière à cette affection; au centre elle est très mince, réduite à une sorte de feuillet séreux qui rend la tumeur transparente.

Dans la situation verticale, elle augmente de volume et diminue dans la situation horizontale; mais par une pression même forte, exercée sur elle, on ne détermine aucun symptôme de compression verticale.

Plus haut et sur les limites de la région cervicale et dorsale, on trouve un petit noyau violacé mou et dépressible à son centre, et qui correspond à un second *spina bifida*.

Cet enfant, qui put téter les premiers jours de sa naissance, avait un écoulement incessant d'urine et de matières fécales; il s'affaiblit promptement, la nutrition devint fort incomplète et il succomba, le cinquième jour après sa naissance, presque subitement et au milieu de petites convulsions.

A l'incision de la tumeur, on constata l'absence des lames vertébrales et des apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales de toutes les lombaires, et le canal sacré est découvert jusqu'à son extrémité coccygienne. Un liquide transparent est contenu dans la tumeur, formée par les méninges distendues, à la surface interne desquelles on trouve étalés la moelle et les nerfs; la moelle cesse, en effet, de former un cordon unique juste au point où commence l'arrêt de développement des vertèbres.

La petite tumeur supérieure est formée uniquement par les

membranes passant à travers un orifice assez étroit des vertèbres et adhérant au tissu cellulaire sous-cutané et à la peau.

S. M. Fritz présente une *phlébite du sinus latéral*; cette pièce provient d'un malade qui, à la suite d'une carie du rocher, a succombé aux accidents de l'infection purulente.

On peut voir facilement qu'une grande partie du rocher a été détruite par la suppuration. L'oreille moyenne et l'oreille interne contenaient un liquide purulent. Le sinus latéral enflammé contenait du pus et du sang coagulé en décomposition. La paroi externe du sinus très altérée était perforée, ce qui fait que le sinus communiquait directement avec la cavité creusée dans le rocher. La coagulation s'étendait en arrière jusqu'au pressoir d'Hérophile, et en avant des concrétions sanguines remplissaient la veine jugulaire interne dont les parois étaient indurées, épaissies.

Trois abcès métastatiques existaient dans le poumon.

M. Fritz rappelle que des faits de ce genre passent souvent inaperçus et donnent lieu à des erreurs de diagnostic. Il a vu à l'hôpital Saint-Antoine, un malade qui avait succombé à une fièvre typhoïde (telle du moins avait été dénommée la maladie). A l'autopsie on n'avait trouvé aucune des lésions caractéristiques de cette pyrexie, et l'examen de l'encéphale montra que tous les accidents observés devaient être rattachés à une phlébite du sinus.

Il existe actuellement dans le service de M. Trousseau, un jeune homme atteint d'une affection auriculaire avec phénomènes généraux très graves d'infection purulente.

M. Fritz pense qu'il existe une phlébite du sinus.

S bis. M. Fritz montre un nouvel exemple de *phlébite du sinus latéral* due à une carie du rocher consécutive à une affection de l'oreille moyenne (1).

Le sinus latéral est plein de sanie purulente et de fausses membranes.

(1) Cette pièce a été recueillie à l'autopsie du malade dont il est question dans la présentation précédente.

On a trouvé, en outre, à l'autopsie un abcès du cervelet et des lésions de l'infection purulente, des abcès métastatiques nombreux dans les poumons, pleurésie purulente et gonflement de la rate.

Pendant la vie, on avait recherché inutilement les signes d'une phlébite de la veine jugulaire interne: or, chez ce malade il n'existait pas de veine jugulaire interne, elle était remplacée par deux veines collatérales.

Au début de la maladie, malgré l'existence d'un écoulement de l'oreille, M. Trousseau était porté à admettre l'existence d'une fièvre typhoïde, et le diagnostic ne fut éclairé que par l'apparition bien nette des signes de l'infection purulente.

9. M. Guyot présente un *Cancer de la colonne vertébrale* et des côtes, recueilli à l'autopsie d'une femme de 57 ans.

La 1^{re} et la 7^e côtes droites offrent chacune une masse cancéreuse qui a, en partie, absorbé le tissu osseux, à tel point qu'il est facile de fracturer l'os. L'altération qui existe sur les vertèbres lombaires est disposée par plaques jaunes qui rappellent tout à fait les caractères des tubercules des os.

Tous les viscères étaient sains, à l'exception de la vésicule biliaire dont la muqueuse était hypertrophiée et dégénérée, ce qui est probablement dû à la présence de calculs qui la distendaient.

Les poumons renfermaient des tubercules crétacés.

Ce serait donc un cancer primitif des os.

Examen microscopique par M. Cornil :

La muqueuse et le tissu sous-muqueux de la vésicule biliaire, sont épaissis et ont l'apparence semi-transparente de la gélatine. En faisant en ce point des coupes qu'on examine au microscope, on voit des faisceaux minces de tissus lamineux, formant de larges alvéoles ordinairement sphériques, et dans ces alvéoles, des cellules vésiculeuses, sphériques, généralement vides, sans noyau dans leur intérieur et ne contenant qu'un liquide où les granulations sont libres et jouissent de mouvements; ces cellules vésiculeuses sont aussi quelquefois

rompues et réduites à n'être plus qu'un disque incomplet. (Dégénération colloïde des cellules, carcinôme colloïde).

Un fragment de côte que j'ai examiné était ramolli dans son intérieur et montrait une pulpe blanchâtre et riche en suc laiteux. Ce liquide contenait uniquement des cellules et des noyaux en nombre considérable. Les noyaux étaient très-volumineux, de 0,009 à 0,015 de leur plus grand diamètre ; ils étaient ovoïdes, à double contour, et contenaient soit un, soit deux nucléoles très-volumineux, ayant de 1 à 3 millièmes de millimètre. Les cellules étaient plus rares que les noyaux ; mais il y en avait de très-grosses, contenant un ou plusieurs des noyaux précédents. C'étaient des éléments bien caractéristiques du carcinôme.

Quant aux parties indurées de vertèbres qui offraient un tissu blanc, compact, pesant, où l'on ne voyait pas à l'œil nu les cavités médullaires si prononcées à l'état normal dans les os courts, voici ce qu'on voit sur une coupe fine : les cavités médullaires étaient noires et opaques, complètement remplies par un dépôt de sels calcaires, tandis que les lamelles osseuses qui les entouraient étaient normales et présentaient des corpuscules osseux. Il y avait en outre incrustation calcaire des éléments de la moelle, lésion qu'on rencontre souvent dans toutes les tumeurs osseuses, de quelque nature qu'elles soient (tumeur à myélopaxes à médullocèles, etc.)

10. M. Ball montre une *oblitération spontanée du tronc veineux brachio-céphalique*, droit survenu chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire et qui avait présenté pendant la vie de l'œdème du bras gauche exclusivement, sans qu'il y eût aucune cause de compression.

Les veines jugulaire externe et axillaire sont oblitérées par des caillots dont l'examen pathologique ne présente rien de particulier, fibrine, graisse, globules blancs et globules sanguins, telle est leur composition.

Le membre inférieur droit présentait comme un léger œdème qui s'explique par une thrombose de l'artère fémorale.

Il y avait en outre un commencement d'oblitération du tronc brachio-céphalique au côté opposé.

11. M. *Regnard* présente deux pièces :

A. Le *lobe cérébral antérieur gauche* d'une femme de 42 ans, atteinte de *paralysie générale* avec délire ambitieux et embarras extrême de la parole.

Toutes les circonvolutions ont été dépouillées par le gratage de la substance grise, et il ne reste plus que le noyau formé par la substance blanche indurée.

12. B. L'*hémisphère cérébral gauche* d'une femme âgée de 80 ans, qui depuis deux ans était dans un état de *démence sénile* avec hallucinations, lorsque le 13 novembre, elle est prise subitement d'hémiplégie droite complète avec contraction du côté gauche, et meurt en 30 heures.

Sur l'*hémisphère cérébral gauche*, se voit une perte de substance considérable par le fait d'une *hémorrhagie* ayant détruit les parois du ventricule gauche dans presque toute leur étendue.

La cloison était détruite, et le sang avait pénétré dans le ventricule droit, sain d'ailleurs : caillot, à la base du cerveau. — Substance cérébrale ramollie, surtout à gauche.

Poids de l'hémisphère droit	420 gr.
— — gauche	380
Cervelet	130
Encéphale	930

Cœur grasseux, surtout le ventricule droit; le gauche est hypertrophié. — Poids. 300

13. M. *Carbonell* met sous les yeux de la Société une *tumeur fibreuse interstitielle* de l'utérus, et donne les renseignements suivants :

Une femme d'une assez bonne constitution, âgée de 29 ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. N. Guilloit.

Elle se plaint d'avoir depuis deux ans des pertes très considérables de sang au moment de ses règles, qui durent habituellement 12 à 15 jours. Il y a six mois, elle s'est aperçue que son ventre grossissait et qu'elle portait une tumeur qui devenait surtout apparente pendant la menstruation. Cette tumeur n'a jamais été sensible.

La malade a eu un enfant.

Par la palpation on sent une tumeur dure, rénitente, circonscrite et mobile, du volume d'une tête de fœtus à terme.

Le toucher vaginal nous apprend que le col de l'utérus, qui paraît allongé, est fortement porté en haut et en arrière. Les mouvements qu'on lui imprime sont transmis à la tumeur et réciproquement. La malade a éprouvé des rétentions d'urine et de la constipation. A l'aide de ces signes on put diagnostiquer une tumeur fibreuse du corps de l'utérus. La malade présentait, en outre, une anémie assez profonde, et un peu d'hémiplégie du côté droit, datant de longtemps.

Cette femme succomba dans la nuit du 13 novembre, sans que nous ayons pu avoir le moindre renseignement sur sa mort.

Autopsie. Ramollissement du corps strié du côté gauche, avec oblitération de l'artère cérébrale moyenne par un caillot blanchâtre, consistant, non adhérent aux parois artérielles. (M. Ball est porté à croire qu'il y a eu embolie, mais n'oserait pas l'affirmer).

Rien dans le cœur ni dans les poumons.

En ouvrant l'utérus nous trouvons une tumeur mesurant dix-sept centim. de diamètre, logée dans l'épaisseur de la base de la matrice. Cette tumeur a refoulé en bas la cavité de l'utérus considérablement agrandie. Les trompes communiquent librement avec cette cavité. La tumeur, séparée du tissu propre de l'utérus par une atmosphère celluleuse qui permet de l'énucléer facilement, paraît constituée essentiellement par des corps fibro-plastiques et par des granulations solubles, pour la plupart, dans l'éther (granulations grasses).

M. Cruveilhier fait remarquer que la présence de graisse

dans un corps fibreux est un fait nouveau, tout à fait exceptionnel et qui mérite d'être vérifié avec soin.

14. M. Lacrousilles fait voir un *kyste hydatique du rein* trouvé à l'autopsie d'une femme de soixante-sept ans, qui a succombé à une bronchite capillaire généralisée.

A l'autopsie, on a trouvé les lésions suivantes :

Le cœur est volumineux ; il offre transversalement des dimensions considérables et une hypertrophie très-prononcée des parois ventriculaires du côté gauche. On voit de plus que l'aorte, dans toute la portion correspondante à la crosse, présente une dilatation considérable avec dégénérescence athéromateuse très-prononcée. Elle est tapissée de plaques calcaires d'une certaine épaisseur et qui se cassent facilement. Notons, en outre, que les artères, naissant de la crosse, participent à sa dilatation. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'aorte, descendante, pectorale et abdominale, est sans lésion, si ce n'est de légères plaques athéromateuses de la pectorale.

Point de lésions athéromateuses des artères de la base de l'encéphale. Dans les poumons on trouve de l'emphysème, de la bronchite et du collapsus pulmonaire.

Le foie présente à sa face inférieure une tumeur volumineuse qu'on croirait un instant lui appartenir. Mais on l'en détache assez facilement, et on est en présence d'une tumeur du volume d'une grosse tête de fœtus, faisant corps avec le rein droit. Cette tumeur est régulière, sans bosselures, élastique. Après l'avoir dépouillée du tissu cellulo-adipeux qui l'entoure ainsi que le rein, on constate qu'elle est fortement distendue et constituée par une paroi fibreuse blanchâtre d'une assez faible épaisseur. La fluctuation de cette tumeur fait aussitôt songer qu'on a affaire à un kyste hydatique.

A l'extrémité inférieure de ce kyste, paraît, sur le prolongement de sa paroi antérieure, la partie inférieure de la face antérieure du rein. On retrouve ce dernier accolé en quelque sorte à la face postérieure de la tumeur. Il est aplati et offre de 9 à 10 centimètres de longueur.

Si on ouvre largement la tumeur, on constate qu'elle est

constituée par une poche à la face interne de laquelle se trouve une matière jaunâtre comme pulpeuse, qui la tapisse entièrement. Cette poche constitue le kyste adventif, dans lequel se trouvent par centaines des hydatides variant du volume d'une tête d'épingle à un œuf de poule. Ces hydatides ou acéphalocystes sont vésiculaires et contiennent un liquide transparent. Leur aspect tranche sur la substance jaunâtre pulpeuse qui tapisse la cavité du grand kyste, et qui se trouve constituer aussi la bouillie jaunâtre dans laquelle flottent les vésicules. Dans cette bouillie on reconnaît facilement des débris membraneux d'hydatides. On trouve, en effet, beaucoup de ces vésicules ratatinées, revenues sur elles-mêmes, flétries; et cet état doit être le résultat des animaux qu'elles devaient contenir.

Au microscope, on constate facilement, avec tous leurs caractères, l'existence de nombreux échinocoques, soit dans le liquide du kyste adventif, dans lequel, en outre, existent de nombreux globules graisseux et des crochets libres, soit dans le liquide des hydatides. La tête de l'animal est rentrée dans son corps, ce qui n'empêche pas, cependant, de voir très-bien la double rangée de crochets. Dans le corps de l'animal on trouve aussi de nombreux globules graisseux.

Examinant attentivement le kyste principal, on voit qu'il paraît être en dehors du rein, et qu'il doit avoir pris naissance dans le tissu cellulo-adipeux situé à la face antérieure de cet organe. La paroi profonde de ce kyste adhère assez intimement avec la face antérieure du rein, dont on ne peut le détacher, et on voit que ce dernier est atrophié dans sa moitié antérieure, et que l'atrophie tient très-certainement à la compression.

Il n'existe point d'altération des vaisseaux du rein et de l'uretère.

L'autre rein n'offre aucune lésion, et tous les autres organes, examinés avec le plus grand soin, n'ont permis de découvrir aucun kyste analogue à celui dont il est ici question. Quant aux intestins, l'examen le plus minutieux n'a pas permis d'y découvrir l'existence d'un ténia ou d'un autre ver intestinal quelconque.

L'utérus offre quelques corps fibreux.

La vésicule biliaire est fortement distendue et contient un calcul volumineux.

15 M. Hayem communique plusieurs exemples d'*oblitérations vasculaires*.

1° Homme de soixante-seize ans, ayant succombé à une gangrène humide de la jambe.

Oblitération de l'artère fémorale à l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa. Les parois de l'artère présentent les dégénérescences athéromateuse et calcaire. La membrane externe est le siège de nombreuses plaques calcaires, et la membrane interne décollée s'est repliée, et a formé un bouchon qui a obstrué le calibre de l'artère.

16 2° H. de soixante-quatorze ans, *ramollissement cérébral*.

A l'autopsie, trois foyers de ramollissement blanc, un dans le groupe de l'insula, un dans la corne sphéroïdale de l'hémisphère droit, un dernier dans la corne frontale de l'hémisphère gauche ; or dans chacune des artères qui alimentent ces parties du cerveau, on a trouvé des bouchons athéromateux, et la membrane interne était épaissie, altérée.

3° Homme en démence, atteint d'hémiplégie ancienne à gauche.

Ramollissement jaune de l'hémisphère droit, de plus le corps strié est converti en un kyste enveloppé par la fausse membrane organisée, qui faisait saillie dans l'intérieur du ventricule, et contenant un liquide épais d'apparence sirupeuse, si bien qu'au premier abord on s'est cru en présence d'un abcès du corps strié ; mais l'examen histologique a montré que dans ce kyste, il n'y avait que des éléments granulo-grasieux et des débris de substance cérébrale.

La membrane qui enveloppait ce kyste était formée par l'épandyme ventriculaire doublé d'une lamelle de substance nerveuse.

Les artères qui se distribuaient à cette partie du cerveau

étaient altérées ; leur membrane interne était décollée, et on voit ou une altération, de cette tunique repliée en forme de cornets.

M. Laborde. Il n'existe pas de ramollissements enkystés du cerveau ; pour mon compte je n'en ai jamais vu ; les foyers enkystés sont toujours dus à d'anciennes hémorrhagies. Dans ce cas très intéressant, il ne s'est pas formé de membrane d'enkystement, mais le foyer ramolli s'est trouvé entouré par l'épandyme ventriculaire. Ce fait se rapproche tout à fait de ceux que Carwell a décrits sous le nom de foyers irradiés de ramollissement.

17. M. Lacrousilles montre une *ulcération intestinale simple chez une cancéreuse, avec oblitération de l'artère crurale et de la fémorale profonde du côté droit.*

Marie Gautier, âgée de soixante-cinq ans, entre à l'infirmerie, dans le service de M. Vulpian, le 11 juillet 1864.

Réglée à seize ans, elle a cessé de l'être à quarante-sept et a eu trois enfants, plus une fausse couche. Elle a commencé à éprouver des douleurs de ventre vers l'âge de trente ans, douleurs pour lesquelles on lui faisait de fréquentes applications de sangsues.

A son entrée à l'infirmerie, depuis six mois dans son dortoir, elle avait des pertes utérines et souffrait beaucoup. On a pu constater à ce moment que les deux lèvres du col utérin offraient une ulcération assez étendue avec sensation de rugosités à la surface.

Il n'a pas été possible d'arrêter complètement ses pertes utérines, malgré tous les traitements employés. Les douleurs dès lors sont devenues de plus en plus vives. Les forces ont diminué parallèlement. Une diarrhée abondante, qui ne cessait que par intervalle de quelques jours, s'est manifestée dans ces derniers temps, ainsi que des vomissements qui épuisaient la malade de plus en plus.

A ces symptômes s'est joint un écoulement sanieux, fétide,

qui répand une odeur repoussante autour de la malade, et celle-ci meurt dans une émaciation complète le 24 novembre, à 4 heures du matin, après avoir éprouvé quelques jours auparavant dans le membre inférieur droit des douleurs excessivement vives, aux quelles a succédé une insensibilité absolue avec perte de mouvements dans ce membre.

A l'autopsie nous trouvons deux lésions intéressantes, et qu'il m'a semblé bon de présenter à la Société.

L'utérus est détruit en grande partie, dans la moitié inférieure. Il offre une assez vaste cavité contenant une matière pulpeuse, grisâtre, gangréneuse, horriblement fétide. Et malgré ces progrès rapides du cancer, ce n'est point là-dessus que je veux insister.

On ne peut trouver aucune lésion gangréneuse dans d'autres organes. Les ganglions du tube digestif n'offrent eux-mêmes aucune lésion, et cependant *l'intestin* grêle dans sa dernière portion est fortement injecté et présente de nombreuses ulcérations déchiquetées, sur fond grisâtre ardoisé, variant en surface et intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse. Telle est la première pièce prise sur cette malade. Elle m'a paru intéressante, car nous avons ici une cancéreuse, et l'autopsie nous prouve que la diarrhée offerte par cette malade dans les deux ou trois derniers mois de sa vie, était due à une entérite simple et non cancéreuse, comme on aurait pu à juste titre le croire, chez une femme atteinte de cancer.

En outre, tout le monde sait que chez les personnes atteintes d'une cachexie quelconque, il n'est pas rare de voir des oblitérations vasculaires des membres inférieurs, mais que ces oblitérations, essentiellement veineuses, s'accompagnent d'œdème, et constituent ce qu'on appelle la *phlegmatia alba dolens*, maladie sur laquelle tous les auteurs ne sont pas d'accord, relativement au mode de formation du caillot.

Nous trouvons chez cette malade, et c'est là le fait important à noter, dans l'artère crurale droite, un caillot ancien au niveau de l'artère fémorale profonde, dans laquelle il s'engage. Ce caillot, de sept à huit centimètres de long, offre deux extrémités effilées, se dirigeant l'une en haut vers le cœur, l'autre en bas. Ces deux prolongements sont constitués par

une coagulation récente, noirâtre, et ils se continuent d'une manière assez intime avec la partie centrale. Celle-ci est grisâtre, longue de deux centimètres environ. Elle siège dans l'artère crurale, au niveau de la fémorale profonde. Elle y adhère assez intimement par sa partie postérieure, et envoie un prolongement de quelques millimètres, grisâtre également, adhérent dans la fémorale profonde, et aux points d'adhérence existe un aspect terne, dépoli, jaunâtre, athéromateux.

L'artère n'est nullement épaissie, nullement rouge à l'intérieur, et n'offre point d'induration du tissu cellulaire périphérique.

Au microscope on trouve de nombreuses granulations très fines, amorphes, dans ce caillot, ainsi que d'assez nombreux globules graisseux.

Je ne crois point ce caillot transporté par le torrent circulatoire. La bifurcation très nette, la proportion si bien observée entre le diamètre des vaisseaux et du caillot, son siège au niveau des parties altérées; l'absence de caillots dans les ventricules du cœur et d'altérations prononcées de cet organe m'empêchent de l'admettre.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de plus intéressant à noter, ce sont les douleurs vives éprouvées par la malade quelques jours avant sa mort, et qui n'ont cessé que pour faire place à une insensibilité absolue du membre, qui au dire de la malade, était mort. Nous étions donc ici en présence d'une des phases de la gangrène sèche qui se serait infailliblement manifestée, nous le croyons du moins, si la malade n'était morte trop tôt.

18. M. *Damaschino* présente le *foie* d'une jeune fille qui a succombé au neuvième jour d'une *fièvre typhoïde* et donne les détails qui suivent.

M. âgée de 18 ans, domestique, à Paris depuis quatre mois, est entrée le 12 novembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, 5, (service de M. Monneret). Elle a succombé le 26 novembre, au soir, après avoir présenté les symptômes d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, et dont le début remontait à cinq ou six jours.

A l'autopsie, faite le 18 au matin. on a constaté les lésions

caractéristiques des follicules isolés et agminés de l'intestin grêle, et qui paraissent, en effet, se rapporter à celles que l'on rencontre du 9^e au 16^e jour de la maladie. Tuméfaction considérable des ganglions mésentériques.

Le foie était de volume normal. Sa coloration d'un gris jaunâtre uniforme, ses vaisseaux exsangues contrastaient avec la congestion remarquable des autres organes et en particulier de la rate, des reins, des poumons et des centres nerveux. Des coupes pratiquées en divers points montraient partout la substance hépatique anémiée, sèche, ne laissant écouler aucun liquide, graissant légèrement le scalpel, et rappelant parfaitement le foie des femmes mortes de fièvre puerpérale. Du reste, la consistance faiblement diminuée permettait cependant de faire subir à l'organe des tractions assez énergiques sans les rompre. Le doigt y laissait toutefois une impression marquée.

A l'examen microscopique, on retrouve les cellules hépatiques légèrement augmentées dans leur dimension ; partout altérées à des degrés divers ; quelques-unes renfermant de nombreuses granulations graisseuses, un plus grand nombre contiennent non-seulement des granulations, mais des gouttelettes huileuses. Un petit nombre enfin, complètement distendues par des gouttes de graisse qui masquent le noyau central. Les capillaires du foie, partout vides de sang, n'offrent rien de particulier à noter.

Les reins fortement congestionnés dans les deux substances, offrent une injection remarquable des artéριοles d'Arnold. Le microscope a permis de constater les particularités suivantes. Le plus petit nombre des tubuli paraissent parfaitement sains, et leurs cellules épithéliales normales. D'autres présentent une tuméfaction considérable des épithéliums qui, gonflés par des granulations moléculaires oblitèrent presque complètement le calibre des tubes urinifères, mais sont encore susceptibles de se séparer en cellules isolées. Dans quelques points, il n'est plus possible de retrouver de cellules épithéliales distinctes, et le calibre est totalement rempli par un cylindre grisâtre, homogène à granulations graisseuses très-

lines. Quelques-uns de ces cylindres enfin, renferment manifestement des gouttelettes huileuses.

Plusieurs muscles soumis à l'examen microscopique offrent une structure normale. En aucun point, on n'y retrouve de granulations graisseuses.

19. M. Magnan montre l'Encéphale d'un aphémique qui a succombé à une hémorrhagie de la protubérance.

Dan... (Alphonse), 28 ans, cordonnier :

Ce malade a toujours mené une vie régulière, et n'a jamais fait d'excès. Le 7 février dernier, sans prodromes marqués, il a eu une attaque subite d'apoplexie. Il se trouvait dans la rue, il est tombé tout à coup, il a perdu connaissance, et il a été porté à l'Hôtel-Dieu. Au bout d'un temps qu'on ne peut déterminer, il a repris ses sens, mais il s'est aperçu qu'il ne pouvait plus dire ce qu'il voulait, et qu'il était paralysé du côté droit. Il reste trois mois à l'Hôtel-Dieu, à la suite desquels l'hémiplégie droite s'améliore un peu, et la difficulté à trouver les mots devient moins grande. Il entre à Bicêtre le 8 juillet.

Hémiplégie droite de la face, affaissement des traits de ce côté, joue un peu aplatie, à gauche commissure élevée, traits plus accentués. Paralyse du côté droit du corps, sensibilité obtuse de ce côté.

Il paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais il ne peut répondre. Il nomme une *montre*, un *drap* sans hésiter ; puis on lui montre une clef, il cherche le nom, ne le trouve point. Est-ce une chaise ? un fauteuil ? Oui, ah ! non, non. Est-ce un verre ? une clef ? Oui, oui. — Il ne peut dire ce qu'il a mangé le matin, il ne peut compter les mois les uns après les autres ; il nomme janvier, février, mars, il ne peut aller plus loin. — Après beaucoup d'hésitation et de recherches, il parvient à dire qu'il est malade depuis cinq à six mois.

Il reste dans le même état jusqu'au 25 août. A ce moment, il devient triste, se dit fatigué, a peur de mourir. Il a le 26, trois crises épileptiformes, avec perte de connaissance, grimaces de la face, et il reste hébété pendant deux ou trois

jours, puis il reprend peu à peu ses allures habituelles ; mais son intelligence paraît moins nette que par le passé.

Le 26 septembre, il se sent très-fatigué ; cette fois encore, il dit qu'il va mourir ; il a mal partout. — Il vomit le matin à plusieurs reprises de la sérosité mêlée de bile ; et il a dans la journée plusieurs crises épileptiformes ; la respiration s'embarasse, le pouls devient petit et irrégulier, et la mort survient le 27.

Autopsie. — Artères cérébrales *athéromateuses* par places. Toute la surface externe de l'hémisphère gauche n'offre pas d'altération ; mais en faisant une incision au niveau du corps strié, on tombe sur un foyer hémorragique ancien, occupant le noyau extra-ventriculaire du corps strié, s'étendant un peu en avant en contournant cet organe, et se dirige un peu en dehors où elle vient se terminer au niveau de la partie *postérieure de la 3^e circonvolution frontale* et de l'extrémité inférieure de la circonvolution qui limite en avant le sillon de Rolando. Ce foyer mesure environ 8 centimètres, dans le sens antéro-postérieur, et de 3 à 4 vers son milieu dans le sens latéral. Les deux parois sont séparées par un espace de 1 cent. environ qui constitue la cavité du foyer. Celui-ci est brunâtre, cloisonné par de nombreux tractus fibreux, et présente par places de petits points rougeâtres, ressemblant à de la poussière de rouille. (L'examen microscopique montre les éléments du sang). La protubérance est molle, fluctuante au toucher ; en examinant la face ventriculaire, on aperçoit une éraillure de la substance du côté droit sous le *processus cerebelli ad testes* ; à travers cette éraillure vient faire saillie un petit caillot sanguin, mou, rougeâtre. En ouvrant largement la protubérance dans le sens transversal, à partir de sa face inférieure, on découvre un vaste foyer hémorragique récent, occupant toute l'épaisseur de la protubérance, et s'étendant un peu dans la direction du pédoncule cérébral droit.

Les poumons sont emphysémateux et les bronches remplies de mucosités spumeuses. — Le cœur est tapissé sur ses deux faces par un feuillet graisseux ; le ventricule gauche est hypertrophié, le tissu musculaire est brunâtre.

Les reins sont hypérémiés, la couche corticale est mince et

atrophiée. Les urines sont fortement *albumineuses*. — Traitées par la liqueur de Bareswill, elles donnent une teinte violette ; et la solution de carbonate de soude et le sous-nitrate de bismuth décèlent également la présence du sucre.

20. M. *Carrière* montre un exemple de *cancer des os* (côtes et colonne vertébrale) recueilli à l'autopsie d'un homme qui a succombé à un cancer généralisé.

Le sujet, qui nous a présenté ces altérations, est entré à l'hôpital de Beaujon le 26 juillet 1864 pour se faire opérer d'une tumeur qu'il portait dans la région sus-hyoïdienne.

Il n'avait jamais été malade ; son père vit encore à l'âge de 86 ans ; sa mère est morte il y a trente ans ; il ne sait pas à la suite de quoi ; il est âgé de 50 ans, journalier de profession. Quinze mois avant sa rentrée à l'hôpital, il s'était aperçu qu'il avait, dans la région sus-hyoïdienne, une petite tumeur grosse comme une noisette, unie, roulant sous la peau. Lorsqu'il s'est décidé à la faire enlever, elle avait le volume d'un gros œuf de poule.

L'opération fut pratiquée le 28 juillet. La tumeur enlevée ne fut pas examinée au microscope, mais présentait à l'œil nu tous les caractères du tissu encéphaloïde. Le 22 août, le malade sortit de l'hôpital en pleine convalescence.

Vers le 1^{er} octobre, il s'aperçut qu'il lui était revenu une nouvelle tumeur dans la même région. Il entre de nouveau à l'hôpital, le 8 octobre. La tumeur siège encore dans la région sus-hyoïdienne, mais descend un peu plus bas que la première. Il se plaint aussi d'une très-vive douleur à la région précordiale ; on sent au-dessus du mamelon gauche une petite tumeur très-douloureuse. La respiration est un peu gênée. L'extirpation de la tumeur du cou fut ajournée à cause de ces diverses circonstances.

Les jours suivants, la tumeur de la région précordiale augmente ainsi que la gêne de la respiration ; on constate des râles sous-crépitaux dans le poumon droit ; le malade est pris d'une toux qui va en augmentant de jour en jour ; l'appétit

est assez bon, mais il y a une constipation très-marquée, qui ne se dissipe que sous l'influence de purgatifs ; il éprouve des douleurs très-vives dans la région lombaire ; il lui semble avoir là une constriction circulaire très-forte ; la tumeur du cou augmente, s'ulcère, et donne lieu à une hémorrhagie très-abondante ; la déglutition n'est pas gênée.

L'état général du malade va en empirant, et il succombe le 17 novembre dans un marasme complet, après avoir présenté du délire quelques heures avant sa mort. Il n'y pas eu de teinte jaune paille ni d'œdème.

A l'autopsie, les altérations suivantes sur la paroi thoracique et la colonne vertébrale attirent surtout notre attention :

Sur la paroi thoracique gauche, sur la face externe de la quatrième côte, en avant des insertions du petit pectoral, nous trouvons une tumeur de forme demi-ovoïde, à grand diamètre dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, à cheval, pour ainsi dire, sur la côte et atteignant en haut le bord inférieur de la troisième côte, tandis qu'en bas elle atteint le milieu de l'espace intercostal. Son grand diamètre nous présente une autre longueur de quatre centimètres, le petit de trois centimètres à peu près. A la face interne de la paroi thoracique se trouve une tumeur qui correspond exactement à la première et semble faire corps avec elle à travers la quatrième côte. La saillie qu'elle fait est moindre ; en effet, la première fait une saillie de un centimètre à peu près, tandis que celle-ci fait une saillie de 5 millimètres seulement. La surface de ces deux tumeurs est lisse, unie, recouverte par une membrane d'aspect cellulaire. A la coupe elles nous présentent une surface de section unie, d'aspect lardacé, laissant suinter un suc grisâtre à la pression. Leur consistance est celle d'un tissu lardacé. A leur niveau, la côte présente une solution de continuité ; là, en effet, le tissu osseux est raréfié et se laisse traverser par le scalpel tout en opposant une certaine résistance. Le poumon gauche adhère à la portion de la tumeur située en arrière de la paroi thoracique, par de nombreux filaments cellulaires ; mais cette adhérence a été facilement détruite. Le tissu du poumon était intact, à ce niveau. Sur la dixième côte droite, nous trouvons une autre tumeur,

mais beaucoup plus petite, du volume d'un gros haricot tout au plus; celle-ci était située sur la face interne de la côte. A part cela, elle nous présente les mêmes caractères que celle du côté gauche. La côte était aussi fracturée à son niveau et le tissu osseux nous présentait les mêmes altérations que sur le côté opposé.

Sur la colonne vertébrale, nous trouvons à gauche du corps des première et deuxième vertèbres lombaires, une tumeur demi-ovoïde, à grand diamètre, dirigé de haut en bas. Son grand diamètre a une longueur de 6 centimètres, le petit de 4 centimètres. Lorsqu'on a enlevé ces deux vertèbres on voit que cette tumeur leur adhère complètement. Elle est formée par l'épaississement d'un tissu blanc, lardacé, qui entoure complètement le corps de ces deux vertèbres. Le périoste et le tissu compacte ont complètement disparu pour faire place à ce tissu, qui semble se continuer avec le tissu spongieux de la vertèbre. La tumeur nous présente les mêmes caractères que celles des côtés, et, comme elles, laisse suinter un suc grisâtre à la pression.

L'examen microscopique de ces tissus, fait par M. Ranvier, a démontré que c'était du cancer encéphaloïde. Le tissu osseux était complètement transformé par places, mais dans un grand nombre d'endroits il était intact ou seulement raréfié; le tissu cancéreux était infiltré entre ses aréoles.

Des noyaux cancéreux ont aussi été trouvés dans les deux poumons et dans le foie. Il y en avait huit à dix dans le poumon droit, quatre ou cinq dans le poumon gauche. Leur volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un petit pois; ils sont assez régulièrement sphériques. Les ganglions bronchiques sont aussi cancéreux.

Le foie est volumineux, parsemé de noyaux cancéreux dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule.

Enfin dans la région hyoïdienne, nous trouvons une tumeur cancéreuse volumineuse, occupant toute la partie latérale gauche de la région sus-hyoïdienne, descendant dans la région sous-hyoïdienne et recouvrant le larynx et la trachée, sans les comprimer pourtant au point de les oblitérer complé-

tement. Les ganglions sterno-mastoidiens sont hypertrophiés et cancéreux.

Les autres organes ne nous présentent rien de spécial.

CONGESTION DÉLIRANTE DUE A UNE TRANSITION BRUSQUE DE TEMPÉRATURE RAPIDEMENT GUERIE. — PETITES ATTAQUES CONSÉCUTIVES. DÉLIRE AIGU. GUÉRISON. — MÉLANCOLIE HYPOCHONDRIQUE. — PARALYSIE GÉNÉRALE. — MALADIE BRONZÉE. — MORT. — AUTOPSIE. — Observation et réflexions par M. REGNARD, interne des hôpitaux.

La nommée Schuzter, femme C..., est entrée pour la première fois à la Salpêtrière, le 1^{er} janvier 1861, dans le service de M. Baillarger.

Elle avait alors trente-neuf ans. Il ne paraît pas y avoir eu d'aliénés dans la famille.

A cette époque, ayant fait un voyage en troisièmes par un temps extrêmement froid, elle entra, en arrivant, dans une chambre fortement chauffée par un poêle en fonte, et y passa une demi-heure. Elle en sortit atteinte d'une manie aiguë, pour laquelle elle resta 15 jours à la Salpêtrière.

Rentrée chez elle parfaitement bien portante, elle commença deux mois après, en mars 1861, à se plaindre de douleurs imaginaires dans les reins, les hypochondres et un peu partout, s'inquiétant de sa santé, au point de se croire plusieurs fois à l'article de la mort, en un mot, présentant tous les signes du délire hypochondriaque.

En janvier 1862, elle éprouve pour la première fois des phénomènes congestifs remarquables; sensation d'engourdissement débutant par la main, le bras, et remontant au cou, à la tête, à la langue, de telle sorte que la malade reste une demi-heure sans pouvoir parler ni remuer les parties engourdiées; au bout de ce temps, et sous l'influence de frictions répétées, les accidents se dissipent.

Les mêmes phénomènes se reproduisent sept ou huit fois

dans l'espace de trois mois, la malade restant toujours occupée dans l'intervalle, de son délire hypochondriaque et de sa crainte de la mort. Le 22 mars, après deux jours d'agitation continuelle, elle fut conduite à Lariboisière dans le service de M. Moissenet, où elle resta deux mois, après lesquels on l'amena pour la seconde fois à la Salpêtrière (26 mai 1862).

Voici les notes que je trouve à cette date sur le registre d'observations de M. Baillarger; il est aisé de reconnaître tous les traits de l'affection dite délire aigu :

28 mai. La malade a refusé de manger hier et ce matin; elle a été agitée une partie de la nuit et n'a pas dormi. Le matin on peut avec peine fixer son attention; elle répond à voix basse, mais sans embarras appréciable de la parole. Pouls à 110; peau chaude; figure altérée, langue sèche. Pupilles égales; un peu de tremblement des mains. Battements aortiques superficiels à l'abdomen.

29, la nuit a été très agitée; cris, vociférations; le matin, il y a du mieux; pouls à 95, peau chaude, la malade mange un peu. Toute la journée, assoupissement obstiné.

30, l'assoupissement persiste, la malade est gâteuse, le soir elle mange un peu.

31, la figure est pâle, amaigrie; cependant, il y a du mieux; l'intelligence se dégage peu à peu.

Elle échappe encore à cette violente secousse, et sort au mois d'août 1862, à peu près guérie. Elle se rétablit même presque complètement, prend de l'embonpoint, peut s'occuper des soins du ménage: malgré un léger embarras de parole et deux petits accidents paralytiques, elle parvient sans encombre jusqu'au mois de janvier 1864. Le délire hypochondriaque a même complètement disparu.

Malheureusement, à cette époque, elle prend froid en sortant sans être suffisamment couverte; rentrée chez elle, le délire éclate, comme lors de son premier refroidissement, et on l'amène à la Salpêtrière pour la troisième fois (20 janvier 1864).

On ne constate pas de phénomènes aigus; délire triste, mélancolique, elle n'a plus d'enfants, plus de mari: celui-ci est mort, elle ne peut plus faire grand chose, elle est vieille; telles sont les pensées qui l'occupent.

Pupilles égales, parole légèrement embarrassée, sensibilité obtuse.

Cet état se maintient à peu près le même jusque vers la fin d'aout, époque à laquelle la femme Sch... de plus en plus faible, est réduite à rester constamment au lit. Le délire est toujours triste; peu tranché : c'est de la démence simple, mélancolique.

Le 1^{er} octobre on remarque que les pupilles sont très contractées et inégales, la droite plus petite, la sensibilité est obtuse : elle se plaint d'ailleurs de souffrir partout.

Le 15, la fille de service nous apprend que depuis deux jours la malade à le corps *tout noir* : nous trouvons en effet dans divers endroits un piqueté noirâtre, simulant de loin une coloration uniforme et parfaitement semblable à celui de la peau des nègres, ou mieux des mulâtres : coloration surtout marquée au ventre, en partant du pubis, aux aisselles et se perdant par gradations insensibles sur la poitrine ; au bras et à l'avant bras, et sur les doigts, surtout au niveau des veines. Pas de traces aux membres inférieurs ni à la face. La malade a une diarrhée abondante : le pouls faible.

L'urine, examinée avec soin, ne présente pas de traces de sucre, ni d'albumine.

Cet état se prolonge jusqu'au 20 octobre, où la malade s'affaiblit considérablement : peau sèche, pommettes rouges : état hectique ; mort, sans coma, le 23 au matin.

Autopsie. Rigidité cadavérique, coloration bronzée aux endroits indiqués.

Crâne un peu épaissi, éburné : dure-mère normale : peu de sérosité (95 grammes) poids de l'encéphale, 1215 grammes; les hémisphères sont égaux.

Les membranes sont épaissies, opaques, collées ensemble, laissant voir les circonvolutions serrées les unes contre les autres, les anfractuosités dessinées par des lignes : de larges lambeaux de substance grise s'enlèvent avec elles, surtout à la face convexe des hémisphères : quelques adhérences rares aux lobes antérieurs.

Ceux-ci, grattés avec le dos d'un scalpel, se laissent aisément dépouiller de toute la couche de substance grise, découvr

ainsi les circonvolutions blanches, minces, et comme racornies.

Congestion générale de la substance blanche, dont la consistance est au moins aussi grande qu'à l'état normal.

Le cerveau et la moelle allongée sont aussi fortement congestionnés.

Cavités thoracique et abdominale. Les poumons sont sains: le cœur volumineux pèse 400 grammes, hypertrophie notable du ventricule gauche.

Tous les viscères abdominaux sont hyperémiés, la rate ramollie et diffuente comme dans la fièvre typhoïde. Le foie pèse 1870 grammes.

Les *capsules surrénales* sont examinées avec soin sous les yeux de M. Vulpian. Elles sont de volume ordinaire, mais un peu chargées de graisse: très peu de substance médullaire; traitées par l'iode et la chaleur d'après le procédé de M. Vulpian, elles donnent la *coloration rosée caractéristique de l'absence de toute altération*.

Réflexions. Cette observation est intéressante à plus d'un titre. D'abord, on y voit se manifester aussi claire que possible la cause prochaine de la paralysie générale (méningo-encéphalite chronique), je veux dire la *congestion*: et c'est sous l'influence d'une cause purement accidentelle et bien définie, le froid, que se déclare la première attaque. On peut suivre, pour ainsi dire, pas à pas la marche des altérations organiques: ainsi, en mai 1862, un an après la première atteinte, la malade est frappée de délire aigu, affection que M. Calmeil rattache à ce qu'il appelle péri-encéphalite aiguë diffuse, et que je crois dépendre d'une congestion interne avec commencement de méningo-encéphalite (v. *Gaz. des hôpitaux* du 13 septembre 1864). Quoi qu'il en soit, des adhérences ont dû commencer à se former dès cette époque, et la maladie a suivi lentement sa marche.

Enfin, chez cette malade existait au plus haut degré l'induration des prolongements de la substance blanche des lobes antérieurs du cerveau: lésion dont j'ai déjà présenté deux exemples à la société: elle est signalée ici pour la première fois, et c'est sur les indications de M. Baillarger qu'en ayant

entrepris la recherche, je l'ai trouvée chez toutes les paralytiques dont j'ai pu faire l'autopsie.

Mais je veux surtout appeler l'attention sur la maladie ou *coloration bronzée* qui se montra trois semaines environ avant la mort. C'est la première fois, croyons-nous, que ce phénomène est noté dans la paralysie générale. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'état des centres nerveux et de l'organisme en général dans cette affection. Peut-être cette observation viendrait-elle à l'appui de ceux qui considèrent la coloration bronzée comme un symptôme, un épiphénomène pouvant survenir dans tous les cas où l'économie est profondément atteinte.

RAPPORT DE M. GOUGUENHEIM.

M. Regnard a présenté à la Société les lobes cérébraux antérieurs de quatre malades mortes de *paralysie générale* : pièces ayant pour but d'établir l'existence dans cette maladie, d'une lésion non encore signalée jusqu'ici :

Voici en quoi consiste cette altération :

Si on sépare, sur le cerveau d'un aliéné paralytique, les lobes antérieurs, qu'on les dépouille de leurs membranes, et qu'avec le dos d'un scalpel on gratte la substance grise : celle-ci enlevée, on est arrêté par les crêtes de la substance blanche qui résistent, et ne pourraient être entamées que par un effort plus grand. On peut ainsi dépouiller complètement la substance blanche sans en érailler les circonvolutions qui restent fermes, élastiques, un peu jaunâtres, rappelant dans certains cas l'aspect et la couleur de l'épiglotte. Cette induration est souvent limitée aux couches les plus superficielles de la substance, blanche, le centre du lobe conservant sa consistance normale : comme il arriverait par une sorte de coction qui n'aurait saisi que les couches les plus superficielles.

Il se ferait donc dans la paralysie générale et dès le début un travail d'induration au point de contact des deux substances, travail qui a pour conséquence la destruction des liens qui les unissent, et par suite, leur disjonction.

Aussi arrive-t-il dans certains cas qu'en cherchant à enle-

ver les membranes, on enlève du même coup toute la substance grise qui se sépare nettement et d'une seule pièce : un des faits soumis à la Société en présentait un exemple remarquable.

La plupart des auteurs qui ont traité de la paralysie générale ne me paraissent pas avoir mentionné cette altération. C'est ainsi que dans la monographie de Delaye, de Bayle, dans la remarquable thèse de M. Jules Falret, on n'en trouve aucune trace. Ce qui est, par exemple, très bien signalé et décrit par tous, c'est l'induration générale de toute la substance blanche.

Les deux seuls auteurs qui aient mentionné quelque chose d'analogue à ce que je viens de décrire sont MM. Parchappe et Calmeil : ils citent comme par hasard, et sans y insister, chacun une observation dans laquelle la substance blanche a pu être facilement séparée de la grise. (*Parchappe, Traité de la Folie, obs. 173. Calmeil, Maladies du cerveau, obs. 117*).

A l'instigation de M. Baillarger, qui plusieurs fois avait été frappé de l'existence de cette altération, M. Regnard entreprit des recherches suivies qui l'amènèrent à la constater dans toutes les autopsies de paralytiques pratiquées par lui : et les membres de la Société ont pu apprécier sur les pièces présentées l'exactitude des faits exposés, par M. Regnard.

Que penser maintenant de la nature de cette lésion et de ses rapports avec les phénomènes morbides qui caractérisent la folie paralytique ? L'examen microscopique, fait par M. Vulpian, n'a rien montré qui ne soit signalé dans l'anatomie pathologique de cette affection, si ce n'est la présence d'une certaine quantité de corpuscules de tissu conjonctif, surtout dans la substance blanche.

Quoi qu'il en soit, un fait acquis, c'est la disjonction des deux substances : remarquons aussi que la troisième circonvolution rendue célèbre par les belles recherches de M. Broca, a été trouvée dans ces différents cas altérée comme ses voisins des lobes antérieurs, à gauche et à droite : or, toutes les malades présentaient un embarras plus ou moins prononcé de la parole.

Cette lésion, que M. Regnard a signalée le premier à la So-

ciété sans vouloir en tirer aucune déduction théorique un peu hasardée est un fait très remarquable, et devra tenir désormais une place assez importante dans l'histoire anatomique de la paralysie générale.

Une de ces paralytiques, celle dont l'observation précède, offrit trois semaines environ avant sa mort, un exemple remarquable de la coloration bronzée signalée pour la première fois par Addison.

Les capsules surrénales, examinées avec soin sous les yeux de M. Vulpian, furent trouvées parfaitement intactes : traitées par l'iode et la chaleur, d'après le procédé de ce physiologiste, elles donnèrent la coloration rosée caractéristique de l'absence de toute altération. La rate était volumineuse et diffuente. C'est un fait de plus à ajouter à ceux déjà nombreux prouvant qu'il faut chercher ailleurs que dans les capsules, la cause de ce phénomène que M. Gubler a proposé de désigner sous le nom pur et simple de négrinisme. Peut être viendrait-il à l'appui des auteurs qui regardent cette coloration comme liée à une altération plus ou moins profonde du système nerveux, altération amenant une cachexie consécutive et par suite, un trouble dans l'assimilation et la nutrition, dont le négrinisme serait un des résultats. Hutchisson, Barlow, cités dans le remarquable travail de M. Martineau ont mentionné la coloration bronzée dans deux cas de paraplégie avec hystérie. Je ne sache pas qu'elle ait été signalée encore dans la paralysie générale : et certes, au point de vue de cette théorie qui nous paraît résulter directement des faits observés, le fait de M. Regnard nous paraît avoir de l'importance, puisqu'il est peu d'affections où le système nerveux d'abord, et toutes les fonctions de l'économie soient aussi profondément troublées que dans la méningo-encéphalite chronique.

PNEUMONIE CHRONIQUE. — DILATATIONS BRONCHIQUES. — ADHÉRENCES PLEURÉTIQUES AVEC ÉPAISSISSEMENT CONSIDÉRABLE DE LA PLÈVRE DROITE. — TUBERCULES. — REINS GRAISSEUX. Observation par M. LACROUSILLES, interne des hôpitaux.

Fleury Jeanne, ancienne fille de service, âgée de 44 ans,

entre le 8 octobre 1864, dans le service de M. Vulpian, à la Salpêtrière.

Cette femme, réglée à 18 ans, a eu deux enfants, elle a présenté, jadis, des accidents chlorotiques, et a été prise vers 31 ans d'une iritis.

Elle tousse depuis 18 ans environ, et est prise fréquemment d'étouffements qui sont surtout prononcés dans les moments d'orage. — Depuis quelque temps elle a considérablement maigri, et a souvent des sueurs nocturnes, avec de la fièvre, mais sans diarrhée.

Elle est actuellement fatiguée par une toux pénible, une fièvre vive et une soif ardente qui la forcent d'entrer à l'infirmerie.

A son entrée, la malade a un faciès altéré, une fièvre assez forte. La langue, ainsi que les gencives, sont rouges, dépouillées de leur épithélium et font éprouver à la malade une sensation de sécheresse et de brûlure qui la fatiguent beaucoup.

Cavités thoraciques. — A la *percussion*, on constate une matité très-prononcée sous la clavicule droite et au sommet du même côté en arrière.

Mêmes caractères, mais moins accentués à gauche.

A l'*auscultation* on trouve des râles de bronchite nombreux, disséminés dans les deux poumons.

En outre, en avant et au sommet droit on a un gargouillement très-manifeste et des craquements assez fins mêlés de bulles plus grosses qu'on retrouve dans la fosse sus-épineuse.

Il existe encore une respiration caverneuse.

On trouve également des craquements du côté gauche en arrière, mais pas de respiration caverneuse.

Cœur. — Pas de bruit de souffle.

Le 18 octobre. La malade ne souffre plus de la bouche, mais elle a de la diarrhée et des coliques assez fortes.

Le 3 novembre. L'*auscultation* et la *percussion* permettent d'observer du côté gauche un état du poumon analogue à celui du poumon droit lorsqu'elle est entrée. La malade est affaiblie. Elle accuse de vives douleurs dans la région épigastrique et est prise de vomissements assez fréquents depuis quelques jours.

Le 9 novembre. Elle se plaint toujours beaucoup de la diarrhée.

19 novembre. La malade, qui depuis quelques jours, s'est considérablement affaissée, meurt à 11 heures du soir, dans un état d'amaigrissement considérable.

Autopsie faite le 21 novembre 1864.

Cavité crânienne. — Pas d'adhérences anormales ou de néo-membranes de la dure-mère.

L'encéphale n'offre pas d'altération appréciable à l'extérieur. Il n'a point été ouvert. Pas de dégénérescence athéromateuse des artères de la base.

Cavité thoracique.

Cœur. Hypertrophie du ventricule gauche. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement des orifices. Deux petites végétations pâles au point de réunion de la valvule gauche et postérieure de l'orifice aortique. Pas d'altération athéromateuse de l'aorte.

Quelques plaques laiteuses du péricarde.

Cœur surchargé de graisse.

Poumon droit.

Dans la plus grande partie du lobe supérieur, on sent une induration très-forte, et quelques petits noyaux disséminés dans le reste du poumon, où l'on trouve à la coupe de petites granulations grisâtres accumulées en masses, du volume d'une noisette, et qui ne sont autre chose que du tubercule dans une des premières phases de son développement. Dans d'autres points, on trouve du tubercule ramolli d'aspect caséux. Cette matière est contenue dans des cavités nullement anfractueuses, comme dans les véritables cavernes, et dans lesquelles s'ouvrent largement les bronches dilatées. Ces petites cavités sont tapissées par une membrane injectée, dans une certaine étendue de laquelle on reconnaît les fibres longitudinales des bronches. En sorte qu'ici, nous avons affaire à une dilatation des bronches, soit primitive soit consécutive à la production de la matière tuberculeuse. Dans certaines parties autour de ces cavités, on trouve une épaisseur assez grande de tissu fibreux blanchâtre, lardacé.

Dans la plus grande partie du lobe supérieur, on trouve une

adhérence très-grande de la plèvre viscérale et pariétale, avec dépressions costales très-manifestes.

A la coupe, on trouve un épaississement fibreux très-considérable de la plèvre, avec pneumonie chronique d'un gris ardoisé, entourant des cavités variables en volume jusqu'à celui d'une grosse noisette, et dans une grande étendue desquelles on reconnaît les stries longitudinales de la muqueuse des bronches. Le reste de la cavité n'offre plus de muqueuse, sa paroi est constituée par de petits mamelons appartenant au tissu pulmonaire enflammé chroniquement. On ne commence à trouver des traces de tubercules que vers la base de ce lobe supérieur où ils sont rassemblés en masses granuleuses en voie de ramollissement. Les bronches de ce poumon sont injectées, et contiennent supérieurement du muco-pus.

Le *poumon gauche* est farci de petits tubercules disséminés au milieu d'une pneumonie chronique ardoisée. Adhérences des deux plèvres dans une grande étendue du lobe supérieur; mais épaississement fibreux beaucoup moins prononcé qu'à droite.

Ici comme dans l'autre poumon, il existe des cavités dans le lobe supérieur. Mais elles sont anfractueuses, contiennent de la matière tuberculeuse, et sont recouvertes, d'une membrane de nouvelle formation, et les bronches qui communiquent avec elles sont moins dilatées.

Cavité abdominale.

Rate volumineuse.

Reins volumineux. — La substance corticale est très décolorée, jaunâtre et parait, ainsi que les colonnes de Bertin, atteinte de dégénérescence graisseuse, comme M. Vulpian le constate par le microscope.

Utérus. — Deux tumeurs liquides des trompes. Celle du côté gauche contient un liquide séreux, et est le résultat d'une dilatation de la trompe.

Quant à celle du côté droit, elle contient un liquide couleur de café étendu d'eau et un peu trouble. Dans ce liquide on trouve des globules de sang altérés.

Réflexions. — Ici nous pouvons admettre deux périodes : l'une de tuberculisation chronique remontant à plusieurs

années, et la seconde de tuberculisation, à marche aiguë, et qui a enlevé la malade en fort peu de temps.

Mais là n'est pas pour nous le point le plus important de l'observation. C'est l'existence de dilatations bronchiques considérables, s'ouvrant largement dans les cavités du lobe supérieur du poumon droit au milieu d'une pneumonie chronique que l'existence d'une quantité abondante de tissu fibreux permet de faire remonter à un certain nombre d'années.

Le mécanisme de ces dilatations pourrait très bien trouver son explication comme l'a fait observer M. Besnier, dans l'adhérence des plèvres.

Mais nous croyons aussi qu'on peut faire jouer un rôle non moins important à l'existence de ce tissu fibreux abondant qu'on trouve autour des cavités et des bronches, et qui communique d'ailleurs par des cloisonnements avec le tissu fibreux de la plèvre épaissie.

HERMAPHRODISME APPARENT CHEZ UNE PERSONNE DU SEXE FÉMININ. — Par M. DACOROGNA, interne des hôpitaux.

Le 16 février 1815, une personne dont le sexe était douteux fut présentée à la Société de la Faculté de médecine de Paris. MM. Chaussier, Petit-Radel et Béclard furent chargés par la Société, du soin de l'examiner. Voici l'observation telle qu'elle a été publiée par Béclard, rapporteur, dans le 2^e Bulletin de la Société, année 1815, et reproduite dans le Dictionnaire en 60 volumes, tom. 21, page 98 :

« Marie-Madeleine Lefort est âgée de seize ans. Sa taille est de 1 mètre 50 centimètres. Le milieu de cette hauteur tombe au-dessus de l'éminence pubienne. Le tronc, mesuré du sommet de la tête au périnée, a 86 centimètres de hauteur. Les membres inférieurs, mesurés par le côté interne, se trouvaient réduits à 64 centimètres.

Le bassin est court, large de 27 centimètres, d'un des tubercules extérieurs de l'iléum à l'autre; il y a 20 centimètres d'avant en arrière, mesuré à l'extérieur avec un compas recourbé. Mesuré en travers, entre la crête de l'iléum et le tro-

chanter, il a 30 centimètres. L'arcade des pubis angulaires a 7 centimètres d'écartement à la partie inférieure. Le col est grêle; le larynx et la voix sont comme ceux d'un homme adolescent. Les mamelles sont développées, d'un volume moyen, surmontées d'un mamelon érectile, dont l'aréole, d'une couleur brune, est garnie de quelques poils. La lèvre supérieure, le menton et la région parotidienne, sont couverts de barbe brune naissante. Les membres inférieurs sont couverts de poils longs, nombreux bruns et rudes. Les cuisses sont arrondies, les genoux inclinés en dedans, les pieds petits. La peau de la partie supérieure, antérieure, externe des cuisses, présente des érailllements du derme semblables à ceux que présente la peau de l'abdomen et des mamelles des femmes qui ont eu des enfants. L'anus est bordé de poils abondants.

« Les organes génitaux, examinés à l'extérieur, présentent :

« 1^o Une éminence sus-pubienne, arrondie, couverte de poils nombreux. La symphyse des pubis qui la supportent est allongée, comme dans l'homme.

« 2^o Au-dessous, un corps conoïde long de 7 centimètres, dans l'état de flaccidité, susceptible de s'allonger un peu dans l'état d'érection. Ce corps est surmonté d'un gland imperforé, recouvert dans les trois quarts de sa circonférence d'un prépuce mobile; il est inférieurement creusé d'un canal déprimé, et ne présentant point le relief de la partie pénienne, de l'urètre viril; ce canal est percé inférieurement de cinq petits trous placés régulièrement sur la ligne médiane, et pouvant admettre un stylet de Méjan.

« 3^o Au-dessous et en arrière de ce corps est une fente ou vulve bordée de deux lèvres étroites et courtes, garnies de poils à l'extérieur, étendues depuis le clitoris péniforme jusqu'à neuf à dix lignes au-devant de l'anus. Ces lèvres minces ne contiennent rien dans leur épaisseur qui ressemble aux testicules.

« 4^o Dans l'intervalle des lèvres est une fente très superficielle sous laquelle la pression fait sentir vaguement un vide au-devant de l'anus. A la partie antérieure de l'intervalle des lèvres, ou à la racine du clitoris, est une ouverture arrondie qui reçoit facilement une sonde d'un calibre moyen.

« 3^o Les anneaux sus-pubiens sont très étroits; rien, dans cet orifice ni dans le trajet du canal qu'il termine, ne fait soupçonner l'existence des testicules engagés ou près de s'engager dans le canal inguinal.

« Suivant sa déclaration, Marie Lefort est réglée depuis l'âge de huit ans; l'émission de l'urine a lieu par l'ouverture principale placée à la racine du clitoris, et par les trous dont l'urètre est criblé dans sa portion clitoridienne. Mais il lui est impossible d'uriner devant un témoin. Une sonde introduite à travers l'ouverture n'amène point d'urine, n'en prend pas l'odeur, et ne détermine pas l'envie d'uriner; elle se dirige en arrière.

« Notre première observation se borne là, Marie Lefort ne voulant pas souffrir un examen plus détaillé. « Mais le surlendemain je la revis ayant ses règles. Son teint était pâle, les linges dont elle était enveloppée étaient abondamment imprégnés de sang. Ce liquide sortait à demi coagulé par l'ouverture principale; il sortait surtout beaucoup quand elle toussait, ou quand on pressait au-devant de l'anus. Les trous de l'urètre étaient rougis et humectés par le sang, mais il était difficile de juger s'il sortait en partie par ces orifices. La sonde introduite fut retirée remplie de sang.

« Quelques jours après je fis de nouvelles observations, dont voici le résultat : la sonde introduite par l'ouverture principale, avec tous les soins convenables, ne peut être portée dans la vessie; on la dirige facilement du côté de l'anus, parallèlement au périnée; dirigée de cette manière, on peut soulever ou tendre le fond de la vulve, et reconnaître que la membrane qui en réunit les deux lèvres est épaisse à peu près deux fois comme la peau, et dense comme elle. Après avoir porté la sonde un peu en arrière, on la dirige facilement en haut, à la profondeur de huit à dix centimètres; là on rencontre un obstacle sensible à son contact. Dans ces explorations plusieurs fois répétées, la sonde n'amène point d'urine; elle ne paraît pas être dans l'urètre, mais bien plutôt dans le rectum; on sent la sonde à travers une cloison tout à fait semblable à la cloison recto-vaginale. A l'endroit où la sonde s'ar-

rète, on reconnaît avec le doigt, à travers les parois du rectum, un corps qui *paraît être* le col de l'utérus.

« Les tentatives pour sonder l'urètre sont vaines ; un stylet assez fin pour y pénétrer occasionne beaucoup de douleur.

« Marie Lefort, persuadée, il est vrai, qu'elle est femme, éprouve du penchant pour le sexe masculin, et ne paraît pas éloignée de l'idée de se soumettre à une légère opération, nécessaire pour ouvrir le vagin. Il paraît, en effet, que ce canal existe, et qu'il suffirait, pour le rendre accessible, de pratiquer une incision entre les lèvres de la vulve, depuis l'ouverture placée à la base du clitoris jusqu'à la commissure postérieure. L'urètre se prolonge sous le clitoris; disposition qui le rapproche du pénis, et qui est fort rare. Il paraît que parmi les ouvertures dont l'urètre est criblé, il y en a une ou plusieurs situées plus profondément que la vulve, et que par cette disposition une partie de l'urine est versée à l'entrée du vagin, et sort ensuite par l'ouverture de la membrane qui le ferme. Il paraît aussi que le sang menstruel vient par le vagin : peut-être à son passage sous le clitoris, une partie de ce liquide entre-t-elle de l'urètre, par des ouvertures postérieures et cachées du canal, pour ressortir par ses ouvertures apparentes.

« Il paraît, enfin, que la personne soumise à l'examen de la société, est une femme; on découvre, en effet, chez elle plusieurs des organes essentiels du sexe féminin (un utérus, un vagin), tandis qu'elle n'a du sexe masculin que des caractères secondaires, comme la proportion du tronc et des membres, celle des épaules et du bassin, la conformation et les dimensions de cette cavité, le volume du larynx, le ton de la voix, le développement des poils, l'urètre prolongé au delà de la symphyse des pubis, etc. »

La personne qui fait le sujet de l'observation ci-dessus est entrée le 20 août 1864 dans le service de M. le docteur Horteloup, à l'Hôtel-Dieu, pour une pleurésie chronique. Elle est âgée de 65 ans et est née à Paris, rue de Beauvais, 21; elle exerce la profession de saltimbanque. Elle nous raconte que dès son extrême enfance, elle a été considérée comme étant du sexe féminin. Régée, nous dit-elle, à l'âge de 8 ans,

elle n'a été visitée par les médecins qu'à 15 ou 16 ans. Elle a continué à être régulièrement réglée jusqu'à 1848, époque à laquelle le flux menstruel a été complètement supprimé. Elle nous dit que lorsqu'elle était jeune, elle éprouvait du penchant pour le sexe masculin; elle nous avoue même avoir eu des rapports avec un ouvrier cordonnier; mais ces rapports, paraît-il, se bornaient à de simples attouchements.

Nous devons dire ici que malgré tous ces aveux et malgré surtout l'opinion formulée par Bécлар, Marie Madeleine Lefort a été considérée par la plupart des chirurgiens et médecins des hôpitaux qui l'ont examinée, comme appartenant au sexe masculin. On pensait généralement qu'il y avait chez cette personne un arrêt de développement du pénis, avec un hypospadias plus ou moins compliqué, et une cryptorchidie.

L'autopsie pratiquée le 12 novembre 1864, environ 36 heures après la mort, est venue confirmer d'une façon éclatante l'avis de Bécлар, et prouver une fois de plus la sagacité de ce grand observateur.

La description que Bécлар en a donnée et que nous avons reproduite plus haut, étant d'une rigoureuse exactitude, nous nous bornons à faire connaître les résultats de l'autopsie, qui serviront à compléter la relation de Bécлар.

Aspect extérieur du cadavre : Le sujet présente un certain embonpoint, exagéré par un œdème généralisé. La tête est assez chauve, la face cyanosée, les yeux saillants, la barbe grise et très développée; elle atteint de chaque côté du menton une longueur de 35 centimètres. A ne considérer que la tête on aurait certainement cru avoir affaire à un homme. Le thorax est fortement développé; la partie antérieure de la poitrine est couverte de poils nombreux et grisonnants comme ceux du visage. Les mamelles présentent un volume assez considérable et sont pendantes comme celles d'une vieille femme. Le ventre est assez volumineux et présente quelques éraillures. Les membres supérieurs sont grêles, courts, les mains très petites. Les membres inférieurs, garnis de poils nombreux, sont également courts; les pieds sont très petits.

Examen interne : La cavité encéphalique n'a pas été ouverte. Le larynx ne présente rien de remarquable; lorsqu'on a

voulu mesurer ses dimensions, il s'est trouvé égaré. La *cavité thoracique* contient une assez grande quantité de liquide séro-purulent; on remarque une légère injection des plèvres et quelques fausses membranes; les poumons présentent des granulations tuberculeuses; le cœur est volumineux et contient des caillots sanguins; les valvules sont saines.

La *cavité abdominale* contient également une grande quantité de sérosité; le foie est petit, atteint de cirrhose; un calcul biliaire, du volume d'un œuf de pigeon, est logé dans la vésicule. Rien de particulier à noter du côté du tube intestinal et de la rate. Les reins ne présentent non plus aucune lésion appréciable. Au-devant de la capsule surrénale gauche on trouve une tumeur du volume du poing, jaunâtre et ferme à la coupe. L'examen microscopique fait par mon excellent collègue M. Chaillou, a démontré qu'elle était formée de tissu fibreux, et un nombre considérable de globules graisseux.

Les dimensions du bassin constatées à l'autopsie ont été les suivantes :

Distance des épines iliaques antéro-supérieures — 21 centimètres $1/2$.

Distance de la symphyse pubienne à l'angle sacro-vertébral — 11 centimètres.

Diamètre transversal du bassin — 13 centimètres.

Organes génitaux : (1) La peau qui recouvre le pubis est garnie de poils assez nombreux, bruns et raides. Au-dessous, on trouve deux grandes lèvres qui mesurent 10 centimètres et demi de longueur; elles sont assez épaisses, et la palpation ne fait reconnaître à leur intérieur rien qui puisse faire admettre la présence des testicules. Au milieu de l'espace qui les sépare on distingue en haut un corps volumineux, long de 4 centimètres et demi; ce corps présente à sa partie antérieure une saillie arrondie, rappelant tout à fait la forme du gland d'un pénis et présentant une petite couronne comme lui. Ce gland mesure 15 millimètres de hauteur et 13 millimètres de largeur; il est imperforé et présente une petite saillie à sa partie inférieure; il est recouvert par deux petites

(1) Voir la planche annexée à la fin du volume.

lèvres, qui se réunissent à la partie supérieure, et lui forment une enveloppe analogue au prépuce. Au-dessous de ce gland on voit une petite ouverture ovalaire, qui donnait issue à l'urine et au sang menstruel. La partie supérieure de cette ouverture présente sur la ligne médiane un petit sillon qui continue celui que nous avons signalé à la partie inférieure du gland; on y remarque cinq petits trous à peine visibles et disposés d'avant en arrière. Un stylet très fin introduit par ces petits orifices nous fait voir que ce sont les orifices de culs-de-sac analogues à ceux qu'on rencontre sur la muqueuse urétrale. Il n'est donc pas probable qu'une partie de l'urine sorte par ces orifices, ainsi que le prétendait Marie-Madeleine Lefort. Le bord inférieur de l'ouverture principale est mince et tranchant; les deux lignes qui la circonscrivent, vont se continuer avec les petites lèvres qui enveloppent le gland; le reste de l'espace qui sépare les grandes lèvres est entièrement fermé par une membrane qui réunit l'une à l'autre leur face interne, et dont l'épaisseur avait été évaluée par Bécлар à deux fois l'épaisseur de la peau.

La dissection a montré que l'ouverture principale, placée au-dessus du gland, conduit dans un canal membraneux long de 6 centimètres, et présentant une circonférence de 2 centimètres. La muqueuse qui revêt ce canal, qu'on peut appeler cloaque ou canal commun, est lisse, blanchâtre, et ressemble sous tous les rapports à celle de l'urètre. On distingue sur sa face supérieure quelques stries longitudinales, et de petits culs-de-sac, analogues à ceux que nous avons signalés entre le gland et l'orifice externe du cloaque : ce sont les orifices des glandes mucipares. A la face externe de ce conduit on trouve sur les côtés, une masse spongieuse de 4 millimètres d'épaisseur, c'est le bulbe normal du vagin. Le conduit ou canal commun que nous venons de décrire peut être considéré comme une espèce de cloaque donnant issue en même temps à l'urine et au sang menstruel. En effet, à son extrémité postérieure on trouve deux orifices : l'un en haut, l'autre en bas; le supérieur conduit dans la vessie; l'inférieur, un peu plus grand, représente l'orifice externe du vagin. Le canal de l'urètre proprement dit et la vessie n'ont pas été ouverts pour ne

pas faire sur la pièce, qui doit être conservée, des délabrements trop considérables. En arrière du point où le vagin s'ouvre dans le cloaque, il s'élargit immédiatement pour acquérir ses dimensions normales; il forme même à ce niveau une espèce de cul-de-sac, en arrière et au-dessous de son orifice. La longueur du vagin, à partir de la fin du cloaque jusqu'au col de l'utérus est de 6 centimètres; sa circonférence mesure 7 centimètres, 4 millimètres. La muqueuse vaginale présente une coloration rosée; on y distingue les plis transverses normaux, extrêmement marqués. A la partie antérieure et supérieure du conduit vaginal, on remarque de petits tubercules réunis en forme de triangle qui se prolongent en donnant naissance à la colonne antérieure du vagin. L'insertion du vagin sur le col de l'utérus, se fait comme à l'état normal, et ne présente rien de particulier à noter. Le cul-de-sac antérieur du vagin mesure 5 millimètres, et son cul-de-sac postérieur 6 millimètres. Le col utérin est plat et présente une largeur de 2 centimètres; l'épaisseur de ses parois est de 1 centimètre; son orifice est circulaire et laisse facilement pénétrer dans la cavité utérine une sonde d'un calibre moyen. La profondeur de l'utérus ainsi mesurée est de 5 centimètres 1 millimètre. Le corps de l'utérus est très développé; il présente quelques adhérences dans les cul-de-sac antérieur et postérieur, et un petit corps fibreux vers la partie moyenne et un peu latérale de son bord supérieur. On sent deux autres petits corps fibreux dans l'épaisseur de la paroi antérieure. Les annexes de l'utérus sont disposés comme à l'état normal: en avant les ligaments ronds, allant gagner l'orifice interne du canal inguinal; au milieu les trompes, présentant une longueur de 7 centimètres; en arrière les ovaires, qui sont assez développés et qui présentent plusieurs cicatrices résultant de la rupture des vésicules de Graaf. Mon excellent collègue, M. Legros, qui a bien voulu examiner au microscope un fragment d'ovaire, y a trouvé des cellules de l'ovisac plus ou moins altérées, au milieu d'une trame de fibres lamineuses et de corps fusiformes. Il n'y avait point d'ovules.

Rapport de M. DAMASCHINO, sur trois présentations de corps étrangers de la tunique vaginale, faites par M. Legroux.

M. Legroux, par un heureux hasard, a pu vous montrer trois exemples de corps étrangers de la tunique vaginale.

Voici dans quelles circonstances on a pu les recueillir.

Chez un vieillard mort de fièvre urinaire, à l'hospice de Bicêtre, M. Legroux trouva, dans la tunique vaginale, une petite quantité de sérosité citrine, et, flottant dans son intérieur, un petit corps parfaitement libre d'adhérence, d'une forme très-régulièrement cubique, de 7 millim. de côté.

Ce cube, d'une couleur blanc jaunâtre comme de l'ivoire, lisse, poli, élastique, ayant enfin l'aspect d'un fibro-cartilage, fut ouvert devant vous, et contenait un noyau calcaire qu'on pouvait énucléer.

La tunique vaginale présentait, sur le feuillet viscéral, une plaque à bords irréguliers, dont quelques lambeaux étaient détachés par une de leurs extrémités.

Huit jours après, M. Legroux vous montrait un nouveau corps étranger trouvé dans la tunique vaginale d'un aliéné. La séreuse, distendue par du liquide, était surmontée de deux petits kystes, qui ne paraissaient pas communiquer avec elle. On voyait par transparence un corps opaque, de la grosseur et de la forme d'une amande, de 12 millim. de long, flotter au milieu du liquide.

La tunique vaginale ayant été ouverte devant vous, le corps étranger et le liquide qu'elle contenait s'échappèrent, les deux petits kystes dont je viens de parler, qui ne diminuaient pas par la pression lorsque la tunique vaginale était intacte, se vidèrent par un orifice linéaire. Cette apparence de non-communication de ces kystes et de la tunique vaginale était due à ce que le liquide de la grande cavité pressant sur les deux lèvres de l'orifice linéaire, interceptait le passage.

C'est là un fait d'hydrocèle développé dans ces diverticulus que M. Béraud a injectés et étudiés au sommet de la tunique vaginale.

Il faut remarquer que les feuillets de la tunique vaginale ne présentaient, en aucun point, de plaque fibro-cartilagineuse.

Enfin, plus tard, M. Legroux retrouvait un troisième corps étranger qu'il vous montra, et qui avait la forme de trois petites boules adossées par un point, trouvé dans une tunique vaginale contenant peu de sérosité, et présentant, comme dans le premier cas, une plaque cartilagineuse sur le feuillet viscéral.

Les faits de ce genre sont rares et peu étudiés. Les auteurs, pour la plupart, sont muets ou d'une grande concision à cet égard. Beaucoup d'observateurs, pendant une longue pratique, Pott, Hunter, Astley-Cooper, Sabatier, Roux, n'en ont pas rencontré un seul cas, ou n'en ont pas observé sur le vivant, tandis qu'il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des corps étrangers dans les synoviales, le péritoine, la plèvre. Morgagni, Laënnec en ont cité des exemples. Astley-Cooper en trace l'histoire d'après ceux qu'il a trouvés dans les autopsies. Il fait ressortir leur analogie avec les productions du même genre des articulations et du péritoine.

Il admet deux origines : les uns se produisent sous la scrotale, sur le testicule ou l'épididyme, et, en se développant, refoulent la tunique vaginale ; leur pédicule s'allonge, puis se brise par les mouvements.

D'autres se produisent dans l'intérieur d'un kyste situé à la surface du testicule, entre la vaginale et l'albuginée.

Enfin, il en a trouvé dont il ne pouvait reconnaître l'origine, n'ayant rencontré aucune trace d'adhérence ou d'inflammation ancienne.

M. Velpeau est très-concis à ce sujet. Il pense, comme Hunter le croyait pour les corps étrangers articulaires, qu'ils sont le résultat de transformations d'un caillot sanguin.

Richter, Curling en font mention.

En 1852, M. Chassaignac publia, dans le journal de M. Malgaigne, une note très-intéressante sur un corps étranger de 2 centim. de long sur 12 millim. de large, qu'il avait extrait sans accidents, et qui fut examiné, au point de vue histologique, par MM. Follin et Lebert.

En 1857, M. E. Nélaton en présente un exemple à la Société anatomique.

M. Verneuil, à propos de cette pièce, rejette la formation de ces corps par l'agglomération de noyaux fibrineux.

En 1859, M. Laborde en montre également à la société de biologie. Voilà les seuls exemples que mes recherches m'aient fait découvrir, et il me reste à élucider quelques points intéressants sur le mode de formation de ces corps étrangers et sur leur structure.

En général, ce sont des produits d'inflammation ancienne.

De même que pour les autres séreuses, lorsqu'une inflammation se produit dans la tunique vaginale, du liquide est sécrété dans sa cavité, et en même temps un dépôt amorphe, de lymphé plastique peut se faire en certains endroits.

Le liquide se résorbant en partie ou en totalité, la fausse membrane, peut elle-même disparaître ou persister. Si elle persiste, elle subit des transformations lentes et passe à l'état fibreux avec ou sans dépôts calcaires. D'autres auteurs pensent que le blastème est déposé dans le tissu conjonctif sous-jacent à la séreuse, et que ce blastème subit des transformations par hypergénèse ou hyperplasie des éléments primitifs de la tunique albuginée ou de la séreuse.

Sans rejeter complètement le mode d'origine que Hunter, puis M. Velpeau, avait cru devoir admettre pour la production des corps étrangers des synoviales, je veux parler des transformations d'un caillot sanguin. Nous pensons qu'au point de vue de la pathogénie des corps étrangers de la tunique vaginale, ce mode de formation doit être au moins exceptionnel.

Une fois que la transformation fibreuse ou fibro-cartilagineuse a commencé, elle continue, et souvent d'une manière inégale en plusieurs points. Ceux qui se développent davantage, font saillie, se pédiculisent, puis se détachent et deviennent flottants. Ajoutons que ces transformations s'effectuent toujours sans production de vaisseaux dans l'intérieur du blastème que la nutrition de ces plaques et de ces corps flottants s'effectue par simple imbibition du liquide qui les baigne.

Lorsque l'examen de la séreuse ne fait découvrir aucune

trace de pédicule ou de plaque de même nature que les corps étrangers, on est obligé d'admettre qu'ils se sont formés comme les grains hordéiformes dans certains kystes synoviaux du poignet. Le dépôt plastique qui leur a donné naissance a complètement disparu, sur la tunique vaginale, et les corps flottants continuent à se développer par leur vie propre.

Quels sont maintenant les caractères de ces corps fibro-cartilagineux ?

Leur volume varie beaucoup. Ils sont en général petits. Celui qui fait l'objet de la note de M. Chassaignac est un des plus volumineux que l'on ait rencontré.

Leur forme varie : ordinairement arrondis, comme une bille, ils sont souvent aplatis et ovalaires, d'autres fois irréguliers et formés par l'aggrégation de plusieurs grains; enfin il peut s'en présenter de régulièrement cubiques, comme le premier qu'a présenté M. Legroux.

Leur aspect est celui du fibro-cartilage. Ils sont le plus souvent formés par des couches concentriques, renfermant au centre un noyau de substance calcaire. Les parties extérieures sont constituées par des couches de tissu fibreux ou fibro-cartilagineux, entremêlés de substance amorphe granuleuse et transparente. Quelquefois on y trouve de véritables cellules cartilagineuses; comme dans la première présentation de M. Legroux; dans d'autres cas, on y rencontre des corps fusiformes, analogues aux fibres musculaires organiques, comme Lebert a pu le constater dans l'exemple rapporté par M. Chassaignac.

Le centre calcaire est constitué par des noyaux jaunâtres, durs, de substance minérale, faisant effervescence par les acides.

Curling rapporte y avoir vu des corpuscules osseux.

Les plaques qui tapissent les feuillets séreux présentent la même structure que les couches concentriques du corps étranger.

Nous rencontrons donc dans les corps étrangers de la tunique vaginale, les mêmes variétés qui ont été signalées pour les corps étrangers articulaires.

En terminant, nous disons qu'au point de vue clinique, les

premiers sont loin d'avoir l'importance et la gravité de ceux des articulations.

Ils provoquent peu de douleur, parceque la tunique vaginale est toujours distendue par de la sérosité dont le corps étranger entretient la production.

Si cependant leur volume devenait assez considérable pour être gênant, et causer de la douleur, leur extraction serait des plus faciles, et n'entraînerait pas les accidents que l'on a à redouter pour les corps étrangers articulaires.

XXIX^e ANNÉE. — DÉCEMBRE 1864.

SOMMAIRE

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Tumeurs à myéloplaxes. — 2. Anévrysme de l'artère cérébelleuse inférieure; hémorrhagie méningée. — 3. Néo-membranes de la dure-mère; hémorrhagie méningée. — 4. Diverticulum de l'intestin grêle. — 5. Syphilis congénitale. — 6. Spina bifida. — 7. Kyste hydatique des parois abdominales. — 8. Aphasie. — 9. Rupture du cœur. — 10. Rupture du cœur. — 11. Tumeur cutanée du cou et du dos. — 12. Ramollissement du cerveau. — 13. Néo-membranes de la dure-mère. — 14. Abscessus sous-périostique de l'humérus. — 15. Stéatose du foie dans la fièvre typhoïde. — 16. Gastro-entérotomie. — 17. Aphémie. — 18. Cancer généralisé. — 19. Rupture de l'aorte. — 20. Lésion traumatique du coude. — 21. Désarticulation de la cuisse.

OBSERVATIONS : Démence sénile; phénomènes congestifs; mort; Autopsie. — Hémorrhagie méningée. Néo-membrane de la dure-mère; vaisseaux capillaires énormes. — Ramollissement cérébral, par M. REGNARD, interne des hôpitaux.

Cancer encéphaloïde du rein droit. Cancer du cœur et kyste séreux flottant dans l'intérieur du ventricule droit; cancer du poumon, par M. HAYEM, interne des hôpitaux.

Apoplexie ovarienne. — Hématocèle consécutive. — Épanchement de sang dans la cavité péritonéale. — Observation et réflexions, par M. CARESME, interne des hôpitaux.

Rapport de M. DUBRUEIL.

Rapport de M. BROUARDEL sur un cas d'atrophie des organes

génitaux de l'homme, présenté par M. Edouard CRUVEILHIER.

Note sur la Pathogénie des hémorrhagies méningées intra-arachnoïdiennes, par M. J. V. LABORDE.

1. *M. Chaillou* met sous les yeux de la société deux tumeurs à myéloplaxes.

La première, enlevée sur un jeune homme de 21 ans, siégeait sur le maxillaire inférieur au niveau des deux petites molaires, et s'était développée dans le diploé.

Sa composition est la suivante : elle est formée de tissu fibro-plastique avec myéloplaxes et médulocèles.

Un ou deux ganglions, qui ont été extraits simultanément, présentaient la même structure :

Éléments fibro-plastiques avec médulocèles et myéloplaxes ; ce serait donc un fibrome avec myéloplaxes.

La deuxième provient d'un enfant de 9 ans : elle siégeait sur le frontal.

Son tissu n'était formé que de médulocèles et de myéloplaxes.

M. Cruveilhier rappelle qu'il a décrit ces tumeurs sous le nom de corps fibreux des os, qu'elles siègent surtout au maxillaire inférieur, et qu'elles paraissent se développer aux dépens de la gaine fibreuse du canal dentaire.

2. *M. Fernet* montre un anévrysme de l'artère cérébelleuse inférieure qui s'est rompu et a donné lieu à une hémorrhagie méningée, qui a décollé une grande étendue de l'arachnoïde viscérale.

L'anévrysme du volume d'un pois se trouvait sur les côtés du bulbe.

Les autres artères de l'encéphale étaient altérées et avaient subi la dégénérescence athéromateuse.

3. M. Régnard présente une *hémorrhagie méningée* produite par une *néo-membrane* de la dure-mère :

Femme de 42 ans, atteinte d'une *chorée généralisée*, intense, morte le 26 décembre dans le service de M. Baillarger.

Pas de renseignements : *affaiblissement de l'intelligence* sans délire tranché, *mouvements* désordonnés, parole presque impossible, *analgésie* presque complète.

Le 23 décembre, subitement elle se plaint de souffrir, reste couchée, s'assoupit dans la soirée, *hémiplegie droite*, puis *résolution générale*; coma qui persiste jusqu'à la mort arrivée le 26 dans la journée.

Durée depuis l'attaque jusqu'à la mort : *quatre jours*.

Autopsie. Crâne : à *gauche*, la dure-mère est soulevée par une sorte de poche qui recouvre la moitié antérieure de la face convexe de l'hémisphère; par l'incision, il s'écoule un sang noir et liquide dont on peut recueillir et peser 100 gram. 30 à 40 gram. ont été perdus : au centre un caillot rouge et mou, pesant 10 à 12 grammes.

Ce sang était contenu dans le dédoublement d'une fausse membrane tapissant d'une part la dure-mère; en contact d'autre part avec l'arachnoïde, de manière à enkyster complètement l'épanchement : les deux feuillets se rejoignaient en avant, au niveau de l'extrémité du lobe antérieur, en arrière vers le 1/3 postérieur de l'hémisphère.

L'hémisphère gauche pesait 410 gram., le droit 480.

L'arachnoïde à ce niveau était colorée par imbibition, saine d'ailleurs et non adhérente. A droite, *néo-membrane* dédoublée, mais sans épanchement adhérent à la dure-mère.

En résumé, *hémorrhagie* considérable produite dans l'interstice d'une *néo-membrane* ancienne.

M. Potain. En présence d'un épanchement de sang aussi abondant, je ne puis comprendre la production de cette *hémorrhagie* que de la façon suivante. — A la face interne d'une *néo-membrane* préexistante, il s'est fait une *hémorrhagie* qui s'est circonscrite dans une poche, dont la *néo-membrane* constituait une des parois; mais je ne puis croire qu'une si grande quantité de sang soit comprise dans l'intérieur d'une fausse

membrane. Habituellement les hémorrhagies dans les néo-membranes se font simultanément en plusieurs points, ce sont des épanchements disséminés ; ce qui explique ces feuillets multiples que l'on rencontre souvent chez les néo-membranes de la dure-mère.

M. Laborde est heureux de voir M. Potain appuyer l'opinion qu'il a toujours soutenue, et rappelle que c'était celle de Marcé, de très-regrettable mémoire.

M. Cornil. J'ai dernièrement eu l'occasion de faire l'autopsie de trois femmes atteintes de phthisie pulmonaire, qui avaient présenté avant leur mort quelques accidents cérébraux, délire avec hallucinations, vertiges.

Chez toutes les trois, j'ai rencontré des néo-membranes de la dure-mère organisées, vascularisées, quoiqu'elles ne fussent qu'à leur début.

Voici ce que l'examen de ces pièces m'a appris relativement à l'organisation de ces néo-membranes.

On voit d'abord apparaître sur la néomembrane un pointillé rouge, un bouquet vasculaire venant d'une artère de la dure-mère, et qui s'épanouit sur la néomembrane. D'autres fois, le vaisseau de la dure-mère vient simplement faire saillie sous forme d'une papille vasculaire ; mais ce que je tiens à faire remarquer, c'est que j'ai pu constater la continuité des vaisseaux de la dure-mère avec ceux des néo-membranes.

De la sorte s'expliquent très-bien la vascularité de ces néo-membranes et les hémorrhagies qui se produisent dans leur intérieur.

4. M. Carrière met sous les yeux de la Société un *Diverticule de l'intestin grêle*, et remet l'observation suivante :

Le 28 novembre 1864, le nommé Dupré, journalier, âgé de 28 ans, entre dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon, se plaignant de douleurs abdominales assez vives, de constipation opiniâtre. Il avait eu, dix-huit mois auparavant, une péritonite généralisée, qui avait nécessité un séjour au lit d'un mois et demi. Depuis cette époque, il est pris de temps

en temps, surtout aux époques froides, humides, de douleurs abdominales; il est sujet à une constipation habituelle, qui dure quelquefois 8 à 10 jours et qui a toujours cédé à un léger purgatif. Le 24 novembre, il a été pris de douleurs abdominales vives et de constipation; mais il n'a pu la faire disparaître, selon son habitude, au moyen d'un purgatif.

A sa rentrée à l'hôpital, le 28 novembre, il nous présente un facies grippé; il éprouve des coliques vives, le ventre est légèrement ballonné; il n'y a pas de vomissements. On le soumet à un traitement énergique (douches ascendantes, huile de croton, lavements salés).

Malgré ce traitement, l'état du malade va en empirant; son ventre devient tendu, ballonné, douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale; il survient des vomissements bilieux d'abord, puis de matières fécaloïdes; le poulx devient petit, fréquent, la face se grippe de plus en plus.

Le 4 décembre, les douleurs abdominales sont intolérables; un lavement avec dix gouttes de laudanum est prescrit. Immédiatement après, surviennent plusieurs garde-robes liquides avec quelques bols fécaux; quelques garde-robes sont presque entièrement formées de sang. Malgré cet amendement apparent, le malade succombe.

A l'autopsie. on trouve les anses intestinales complètement baignées par du pus; il y en a une grande quantité dans le petit bassin. Les anses intestinales sont les unes simplement agglutinées, les autres soudées ensemble par des fausses membranes.

Deux altérations, surtout, attirent l'attention: ce sont un rétrécissement de l'iléon et un diverticule de l'intestin grêle. Le rétrécissement siège immédiatement avant l'abouchement de l'iléon dans le cœcum; il permet à peine d'introduire le petit doigt; à son niveau, nous ne retrouvons sur la pièce présentée que la muqueuse. Le péritoine et la couche musculaire ont disparu dans presque toute la circonférence de l'intestin; ce n'est que le long du bord mésentérique que nous en retrouvons une languette épaisse, large de cinq millimètres à peu près, et qui arrive jusqu'au cœcum. A un centimètre et

de mi à peu près de ce dernier organe, nous retrouvons les tuniques de l'intestin complètes et épaissies. L'iléon est entouré en ce point et sur une étendue de seize centimètres à peu près, de pus concret et de fausses membranes. Nous en voyons ici des débris; une entre autres, nous présente une forme triangulaire, une longueur de six centimètres, une largeur de un centimètre à sa base, et une épaisseur de un millimètre.

Le diverticule a la forme d'un canal infundibuliforme à deux extrémités, s'abouchant toutes les deux dans l'intestin. L'extrémité la plus éloignée du cæcum, que nous désignerons sous le nom d'extrémité supérieure, est éloignée de cet organe, de 61 centimètres; l'extrémité inférieure en est éloignée de 16 centimètres; l'anse intestinale comprise entre les deux extrémités a donc une longueur de 45 centimètres. La longueur du diverticule est de 7 centimètres. Le cercle circonscrit par l'anse intestinale et le diverticule nous présente un diamètre de 14 centimètres et demi.

Chaque des extrémités nous présente un aspect et des dimensions différentes suivant qu'on l'examine à l'intérieur ou à l'extérieur. A l'intérieur, l'extrémité supérieure nous présente un orifice assez large qui permet facilement l'introduction du pouce; au niveau de cet orifice, se trouve un bourrelet peu saillant formé par la muqueuse, en se repliant de la cavité de l'intestin du diverticule. A l'extérieur, la séparation entre le diverticule et l'intestin est encore moins tranchée; en effet, le premier vient se terminer insensiblement sur le second, en s'évasant au point, qu'étant aplati, il nous présente une largeur de 6 centimètres à ce niveau, tandis qu'à sa partie moyenne sa largeur n'est que de trois centimètres et demi, et à son extrémité inférieure de deux et demi centimètres. L'insertion de cette extrémité supérieure se fait sur les parties latérales de l'intestin entre le bord mésentérique et le bord libre; on trouve à son niveau quelques traces de péritonite, mais peu marquées; les tuniques de l'intestin présentent leur consistance normale. La communication entre l'intestin et le diverticule est évidemment congénitale à ce point là.

L'extrémité inférieure, envisagée à l'intérieur, nous présente

un orifice qui permet à peine au petit doigt de passer; la muqueuse de l'intestin ne se continue pas directement avec celle du diverticule; il paraît y avoir une ulcération à leur point de jonction; cette ulcération occupe le tiers de la circonférence de l'orifice à peu près. A l'extérieur, la séparation entre le diverticule et l'intestin est bien nettement établie par un rétrécissement sur le diverticule simulant un véritable collet. L'insertion de cette extrémité se fait tout à côté de l'insertion du mésentère, l'un des bords de l'orifice se confond presque avec l'insertion mésentérique. Des traces de péritonite très marquées existent tout autour de cette communication; on y voit les débris de nombreuses fausses membranes. Les tuniques du diverticule sont épaissies à ce point, sur toute sa circonférence; cet épaississement est surtout marqué sur la partie de sa circonférence la plus éloignée du cœcum; là en effet, sur une longueur de 4 centimètres et sur une largeur variant de 1 centimètre à 5 millimètres, nous trouvons un épaississement atteignant presque 2 millimètres, tandis qu'à son extrémité supérieure l'épaisseur des tuniques du diverticule n'atteint pas un millimètre. Sur l'intestin, nous trouvons aussi une languette épaissie se continuant avec celle du diverticule. A part cette languette, l'intestin est aminci, friable, facile à déchirer tout autour de l'orifice de communication; il est là évidemment mortifié. Le mésentère est très épais; il atteint par places jusqu'à deux et même trois millimètres d'épaisseur; cet épaississement du mésentère se remarque sur toute la longueur de l'anse intestinale comprise entre les deux extrémités du diverticule, mais à un degré moindre qu'autour de l'orifice inférieur de communication. Le diverticule n'a pas de mésentère.

La structure du diverticule est la même que celle de l'intestin grêle. La muqueuse nous présente des replis analogues aux valvules conniventes, mais moins saillants que dans l'intestin, des villosités, des saillies produites par les glandes. La couche de fibres musculaires circulaires est très marquée et se dissèque facilement; la couche de fibres musculaires longitudinales est moins marquée, mais peut pourtant être suivie. La couche péritonéale nous présente les mêmes caractères que sur l'intestin. L'épaisseur de ces tuniques est la

même que celle des tuniques de l'intestin grêle à l'état normal, à part l'épaississement que nous avons indiqué du côté de l'extrémité inférieure du diverticule.

5. M. Perruchot montre le foie et la rate d'un enfant de 26 mois qui était atteint de *syphilis* avec ictère. Cet enfant, qui a succombé à une rougeole maligne, avait présenté les symptômes suivants : Plaques muqueuses aux parties génitales, gommès sous-cutanées, onyxis et coryza.

Tous les viscères étaient sains, à l'exception du foie et de la rate,

Le foie, d'une couleur jaune pâle, offre un aspect solide parsemé de noyaux jaunâtres du volume d'un pois; il est très dur au toucher, crie sous le scapel qui le coupe.

La capsule fibreuse de la rate est notablement épaissie, et plusieurs gommès se voient dans son parenchyme.

6. M. Bordier fait voir un *spina bifida* provenant d'une petite fille née avant terme et morte huit jours après sa naissance. Rien dans les antécédents héréditaires ne paraît expliquer ce vice de conformation, si ce n'est que la mère fit une chute assez violente vers le troisième mois de sa grossesse.

Au niveau des vertèbres sacrées se voit une tumeur du volume d'une petite pomme d'un rouge vif et recouverte par la peau, présentant à son intérieur un orifice étroit communiquant avec le canal rachidien, et par où s'échappaient 5 à 6 branches nerveuses.

7. M. Duplay a trouvé dans les pavillons de l'Ecole pratique sur le cadavre d'une femme âgée de soixante à soixante-cinq ans un *kyste hydatique des parois abdominales*.

Il occupait le flanc gauche entre la crête iliaque et le rebord

des fausses côtes. Son volume égalait celui des deux poings réunis. Il contenait un liquide séreux avec des vésicules de dimensions très variables depuis celle d'un petit pois jusqu'à celle d'un œuf de dinde; les vésicules mises dans la main vous donnent très nettement la sensation du frémissement hydatique.

Ce kyste s'est développé entre le péritoine et la paroi abdominale.

M. Bernier : Les kystes hydatiques des parois abdominales sont assez rares. M. Guyon nous en a présenté un qui lui aussi avait été trouvé à l'autopsie. Il semble donc qu'à cette région, contrairement à ce qui se passe dans les viscères, ils ne causent pas de symptômes graves.

C'est dans l'utérus que ces kystes paraissent surtout rares. Il n'en existe dans la science qu'une seule observation, et encore la tumeur s'était développée non dans le tissu utérin, mais dans le tissu cellulaire.

M. Desprès rappelle qu'il y a six jours, M. Velpeau a enlevé un kyste hydatique de la paroi abdominale postérieure qui avait été méconnu et pris pour une tumeur kénatique.

8. **M. Pelvet** met sous les yeux de la Société *le cerveau* d'un homme qui était atteint *d'aphasie*.

Le malade âgé de cinquante-six ans s'était réveillé un matin paralysé de tout le côté droit du corps. La paralysie n'a duré que deux jours; mais la perte de la parole persista. L'intelligence et la mémoire étaient intactes; cet homme ne pouvait prononcer que certains mots et certaines lettres.

A l'autopsie on a trouvé dans l'hémisphère cérébral gauche un ancien foyer apoplectique qui siégeait sur les côtés externes du corps strié. Ses limites n'ont pu être précisées, mais il paraissait s'étendre vers la partie antérieure du lobe frontal.

9. **M. Lacrousille** montre une *rupture du cœur* avec dégénérescence graisseuse de cet organe.

Lobinson, veuve Chausson, âgée de soixante-quinze ans, était sujette à de fréquents étouffements, et parfois avait les lèvres cyanosées. Elle présentait une pâleur habituelle avec coloration un peu jaunâtre et bouffissure de la face; en un mot, le faciès d'une femme atteinte de maladie du cœur. Elle avait de fréquentes pertes de connaissance, mais qui duraient fort peu; une est survenue le jour de sa mort, vers deux heures et demie du soir. Elle s'est couchée vers neuf heures comme d'habitude lorsque vers dix heures, deux cris aigus se sont fait entendre. La surveillante arrive et trouve les quatre membres flasques retombant comme une masse inerte, bien qu'il existât encore quelques mouvements du thorax. Mais deux minutes après environ, elle était morte.

À l'autopsie, on trouve le péricarde considérablement distendu par un liquide qui, par transparence, donne à cette membrane un aspect violacé.

En ouvrant cette séreuse, il s'écoule du sang liquide avec trois ou quatre gros caillots aplatis, dont le poids total s'élève à 310 grammes.

On voit alors un cœur volumineux, surchargé de graisse. Après l'avoir essuyé, on constate sur la face antérieure de cet organe, et parallèle à la cloison ventriculaire, une déchirure de 3 centim. de long; son extrémité inférieure est distante de l'extrémité inférieure du cœur de 2 centim., environ.

Si on ouvre le ventricule gauche, on voit que cette déchirure correspond à la paroi droite de ce ventricule, immédiatement en avant de la cloison vers l'extrémité inférieure de laquelle elle se trouve située.

On constate à ce niveau, la rupture des colonnes charnues correspondantes, qui offrent une grande friabilité, et au premier abord ne paraissent point atteintes de dégénérescence.

Cependant en examinant plus attentivement, après avoir bien lavé la surface interne de ce ventricule, on constate que les petites colonnes charnues de la paroi droite à l'angle formé par la réunion de cette paroi avec la gauche, sont en quelques points surchargées de graisse visible à l'œil nu, et située sous l'endocarde. En d'autres points, ces colonnes paraissent presque entièrement remplacées par des colonnes graisseuses.

Au niveau de la rupture, ces colonnes présentent en certaines parties de la graisse, en d'autres points, au contraire, elles paraissent normales. Dans tous les cas, elles offrent un certain degré de friabilité et une pâleur plus grande qu'à l'état normal.

Ces dernières colonnes examinées au microscope présentent des granulations pigmentaires et quelques granulations graisseuses.

Quant aux colonnes énumérées les premières, elles contiennent des fibres atrophiées en partie, en partie remplacées par de la graisse.

La paroi antérieure du ventricule droit, immédiatement en avant de la valvule auriculo-ventriculaire antérieure, offre la même lésion dans ses colonnes charnues, mais plus prononcée dans la moitié supérieure de la hauteur. Dans la moitié inférieure les colonnes sont à peu près saines.

On trouve la même lésion dans la paroi postérieure vers sa partie inférieure.

10. M. Archambault montre également une rupture du cœur.

Un homme âgé de quatre-vingt-quatre ans, qui ne quittait pas son fauteuil, est pris à minuit d'oppression avec faiblesse, irrégularité du pouls, de douleurs siégeant au creux épigastrique et entre les deux épaules; cet état d'anxiété se prolonge jusqu'à huit heures du matin, où il expire brusquement entre les bras d'un infirmier qui essayait de le soulever pour le mettre sur le bassin.

A l'autopsie on a trouvé : le péricarde distendu par une quantité de sang considérable : 350 gr. Le cœur entouré par un caillot, a à sa pointe une perforation en partie comblée par un caillot. A l'intérieur de cet organe on voit une ulcération qui a détruit les colonnes du cœur, et s'est propagée jusqu'à sa face interne.

M. Laborde : J'ai examiné les cœurs que vous ont présentés

MM. Archambault et Lacroûsille. Tous les deux offrent la même structure. Ils ont subi la dégénérescence graisseuse qui a été bien étudiée en Angleterre par Paget et Stokes.

Il y a, comme on le sait, deux espèces de dégénérescence graisseuse.

La surcharge adipeuse de l'organe.

La dégénérescence des fibres musculaires.

Les deux modes existent le plus souvent ensemble; ce qui a lieu ici.

Voici en quoi consiste la dégénérescence des fibres musculaires. Les faisceaux striés sont d'abord envahis par des granulations protéiques qui se développent surtout sur les parois du sarcolemme, puis la fibre striée est détruite, et il ne reste plus que les tubes du myolemme qui ont même disparu en certains points, et c'est alors que la fibre musculaire, qui n'offre plus de résistance, se rompt sous l'influence de l'on-dée sanguine.

Dans ces cas, la mort a lieu subitement par rupture du cœur, mais non d'une façon constante.

Quelquefois elle se produit par syncope.

11. M. *Chédevergne* présente une énorme tumeur de la peau montrée dernièrement à l'Académie, par M. Titon, et qui a été enlevée le matin même par M. Nélaton.

Elle était portée par un homme de vingt-huit ans.

Cette tumeur qui avait débuté sur les côtés du cou, s'étendait en avant jusqu'à l'épigastre, et en arrière jusqu'à la région sacrée, sous forme d'un manteau vénitien et affectant plusieurs étages. Son poids était tel (11 kilos) que le malade ne pouvait plus travailler et était forcé de rester couché. Tous les mois elle était le siège de poussées congestives, avec augmentation de volume; ce qui fit admettre par M. Nélaton, un mélange de molluscum et d'éléphantiasis.

Le développement de cette tumeur avait produit des déplacements importants à signaler :

La colonne vertébrale à la région cervicale offrait une cour-

bure à convexité postérieure; aussi le pharynx avait-il des dimensions considérables; la région dorsale, au contraire, était concave en arrière; aussi le malade était-il constamment entraîné dans ce sens.

La clavicule était arrachée de son articulation sternale.

L'examen histologique, fait par M. Laborde, montre que cette tumeur est due à l'hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané.

Peu de tissu adipeux et de nombreux vaisseaux veineux (1).

12. M. Hayem communique un exemple de *ramollissement cérébral* dû à de nombreuses oblitérations vasculaires par embolie :

Un homme était entré à l'hospice de Bicêtre, atteint de tubercules pulmonaires avec excavation aux deux sommets lorsqu'après sept à huit étourdissements, il est pris brusquement d'hémiplégie complète à gauche avec contracture des extrémités et délire, et meurt 26 heures après le début de ces accidents.

A l'autopsie. Ramollissement total de l'hémisphère droit, aussi bien dans les parties centrales que dans les parties superficielles, ramollissement blanc, avec plusieurs extravasations sanguines siégeant surtout dans les circonvolutions (apoplexie capillaire). Le cervelet était aussi ramolli.

Or, de ce côté, toutes les artères, à partir des premières divisions, étaient remplies par une matière jaunâtre puriforme qui au microscope n'apparaissait composée que de débris granulo-grasieux.

Il était important de rechercher quel était l'endroit qui avait fourni ce détrit; car les artères encéphaliques étaient très saines.

Le système veineux et le cœur n'ont rien fourni à un examen minutieux; mais on a découvert dans le tronc artériel brachio-céphalique à droite des végétations polypiformes, molles, ramollies, déchiquetées, et dont la structure est la

(1) Voir, pour plus amples détails : Recueil des travaux de la société médicale d'observation (1865).

même que celle de la matière qui existait dans les artères cérébrales. Les artères sous-clavière, carotide et vertébrale contenaient un certain nombre de grumeaux et de petits bouchons tout à fait analogues à la substance des végétations.

Là où existaient ces végétations, le tronc brachio-céphalique était le siège d'une large ulcération athéromateuse déjà nuancée.

13. *M. Lacrousille* montre des *néo-membranes de la dure-mère* qui existent sur toute l'étendue de sa face interne, si bien qu'on aurait pu croire à la présence d'un feuillet pariétal de l'arachnoïde; l'examen microscopique a démontré qu'elles étaient riches en vaisseaux.

Ces néo-membranes ont été recueillies à l'autopsie d'une femme morte de pneumonie, et qui n'avait présenté d'autres symptômes cérébraux que des convulsions dans son enfance et un affaiblissement progressif de l'intelligence dans les dernières années de sa vie.

14. *M. Paquet* met sous les yeux de la société plusieurs pièces provenant d'un enfant de 10 ans qui a succombé à un *abcès sous-périostique de l'humérus gauche*.

A l'autopsie on a constaté les lésions suivantes :

L'humérus gauche est dénudé, rugueux à sa partie supérieure, l'articulation de la tête était attaquée et le cartilage était détruit; mais il n'y avait pas la moindre trace d'ostéomyélite.

Les membranes du cerveau étaient congestionnées; la pie-mère était très injectée.

Le péricarde contenait une certaine quantité de liquide purulent; et le cœur était recouvert par une fausse membrane épaisse, rugueuse, inégale à sa surface.

M. Giralès : cet enfant était entré dans un service de médecine comme atteint de rhumatisme articulaire, et on le fit

passer dans mon service parcequ'on le croyait atteint de fracture du bras; il y avait en effet à la partie supérieure du membre une crépitation qui pouvait facilement induire en erreur. Le diagnostic fut éclairé par la formation d'un abcès dont l'ouverture fit reconnaître que l'os était dénudé. Alors il fallut bien reconnaître que les symptômes graves qu'existaient chez cet enfant étaient sous l'influence d'une cause locale, une périostite phlegmoneuse. Dans ce cas, la surface seule de l'os a été atteinte, le tissu osseux n'est pas malade.

M. Després : En examinant cette pièce, je crois qu'on peut indiquer le point de départ de la lésion. Je crois qu'il y a eu d'abord arthrite, puisque l'inflammation est propagée à la diaphyse de l'os. Ce fait viendrait donc justifier la dénomination d'ostéite épiphysaire que M. Gosselin a donnée à la maladie dont il est question.

15. M. Damaschino présente plusieurs pièces relatives à la *stéatose du foie* dans la fièvre typhoïde.

Ce sont les foies de trois malades qui ont succombé à cette maladie.

Le 1^{er} provient d'une femme qui a succombé au 68^{me} jour d'une fièvre typhoïde à forme spinale :

La moelle n'a pu être examinée.

La dégénérescence graisseuse de la glande hépatique est très avancée; toutes les cellules sont remplies de gouttelettes graisseuses.

Le 2^{me} est celui d'une femme qui est morte au 65^{me} jour.

La dégénérescence graisseuse est moins avancée que dans le fait précédent, et ne se voit manifestement qu'à la périphérie des lobules là où viennent se distribuer les radicules terminales de la veine porte.

Dans le 3^{me} fait, il s'agit d'une femme qui n'a vécu que neuf jours après le début de cette affection : cependant l'altération est très prononcée, uniforme et généralisée. Le foie était très gras, et son tissu était très friable.

Chez toutes ces malades, les reins ont participé à cette dégé-

nérescence qui porte surtout sur la substance corticale. Là on trouve l'épithélium granuleux et les tubuli distendus par des granulations graisseuses.

M. Laborde fait remarquer que cette présentation vient confirmer les assertions émises dans la thèse de notre collègue, M. Chédevergne, qui le premier a décrit, du moins en France, la stéatose du foie dans la fièvre typhoïde.

M. Bricheteau : M. Chédevergne dans la pathogénie de cette dégénérescence hépatique fait jouer un grand rôle à l'altération du sang ; il serait donc très rationnel de rechercher la stéatose du foie dans toutes les maladies qui se rapprochent de la fièvre typhoïde, celles qui rentrent dans la classe des poisons morbides, les fièvres éruptives, par exemple ; or, j'ai assisté ce matin dans le service de M. Natalis Guillot à l'autopsie d'une femme qui a succombé au quatrième jour d'une variole hémorrhagique ; et le foie pâle, anémié, un peu augmenté de volume présentait la dégénérescence graisseuse.

M. Chédevergne : Cette dégénérescence se fait très vite ; dans la fièvre typhoïde, je l'ai rencontrée dès le quatrième et même le troisième jour on sait comment elle se produit rapidement dans l'empoisonnement par le phosphore. Je crois que des recherches faites sur ce sujet permettront de généraliser bien plus la stéatose du foie ; car, je l'ai rencontrée tout dernièrement à l'autopsie d'une jeune femme qui a succombé aux suites d'une fracture de la colonne vertébrale.

16. M. Fritz expose le résultat d'une *gastro-entérotomie*, faite dans le service de M. le professeur Trousseau.

L'opération a été pratiquée pour une obstruction intestinale due à une dégénérescence carcinomateuse de l'S iliaque. La cause, et surtout le siège de la lésion, n'avaient pu être précisées exactement ; cependant il était permis de croire que l'arrêt des matières fécales s'était fait dans le gros intestin. M. Maisonneuve a inséré les parois abdominales au niveau de

la fosse iliaque, et a ouvert la première anse intestinale qui s'est présentée. On voit par la pièce que je sou mets à la Société que c'est le cœcum qui a été incisé, et bien que le malade ait survécu quatre jours après l'opération, on peut se convaincre qu'il n'existe pas de péritonite autour du point incisé, bien qu'il se soit déjà formé des adhérences.

Je crois donc que dans tous les cas d'obstruction intestinale, la gastro-entérotomie doit être pratiquée, et plutôt elle est faite, plus il y a de chance pour le malade.

M. *Besnier*. Je crois aussi que cette opération n'est pas faite assez souvent, alors surtout qu'elle constitue une dernière chance pour le malade. Mais toutes les fois qu'on la pratique, il faut chercher à s'assurer sur quelle partie de l'intestin on fera l'incision, distinguer le gros intestin des anses de l'intestin grêle. Si, en effet, l'étranglement porte sur le gros intestin et qu'on ouvre l'intestin grêle, il arrivera que les matières fécales retenues dans le gros intestin par la valvule iléo-cœcale ne pourront se faire jour au dehors. Je crois donc qu'il faut modifier le précepte de M. Nélaton, qui recommande d'ouvrir la première anse intestinale dilatée qui se présente à l'ouverture de l'abdomen.

M. *Houel*. La distinction entre les deux intestins, n'est pas si facile que paraît le croire M. Besnier ; rien ne ressemble plus au gros intestin, qu'une anse dilatée de l'intestin grêle. Dans une opération de ce genre où je voulais ouvrir l'S iliaque, il m'a été impossible de reconnaître quelle partie de l'intestin j'incisais, et M. Nélaton, qui assistait à l'opération, fut aussi embarrassé que moi. On est forcé de suivre la règle tracée par M. Nélaton, et je crois qu'elle est bonne, car du moment qu'on incise une anse dilatée, on est sûr d'être au-dessus du siège de l'obstruction intestinale.

17. M. *Magnan* présente l'hémisphère cérébral gauche d'un homme âgé de 57 ans qui était *aphémique*.

Il y a 6 ans, cet homme, à la suite d'une attaque d'apoplexie,

resta hémiplégique du côté droit ; il put cependant continuer son commerce (il était marchand de vin), mais il avait perdu la faculté de s'exprimer, il prononçait bien quelques mots, mais il était forcé de s'arrêter dans ses phrases et de s'exprimer par gestes. Il y a trois ans, à la suite de divers phénomènes congestifs, il fut pris de démence, et cet état a persisté jusqu'à sa mort.

A l'autopsie, on a trouvé un ancien foyer hémorragique, siégeant dans le lobe occipital gauche en dehors du corps strié et très éloigné de la troisième circonvolution frontale qui est intacte, de même que tout le lobe antérieur de cet hémisphère.

M. Bricheteau. Cette présentation est d'une importance toute exceptionnelle, puisque nous voyons la lésion du cerveau qui a produit l'aphémie, siéger dans le lobe occipital, c'est-à-dire dans la partie postérieure de l'hémisphère; or, ce fait, en opposition avec la théorie de M. Broca, est à ma connaissance, le premier qui ait été publié.

M. Luys fait observer qu'il s'agit, dans ce cas, d'un malade atteint de démence; que ce n'est pas un fait simple, bien net, et qu'il ne saurait trancher la question.

M. Laborde. Ce malade nous offre un type d'amnésie verbale : il était dément partiel, comme tous ceux qui ont perdu une portion de cette faculté (que M. Broca ne saurait admettre comme telle) la mémoire ; tous les malades qu'on a donnés comme aphémiques simples, étaient des déments partiels. Ils paraissaient intelligents, parce qu'ils avaient une mimique très accentuée ; mais il ne faut pas se fier aux signes des malades. L'analyse est très difficile, et le problème plus complexe qu'on ne pense.

Je possède pour mon compte, plusieurs faits semblables. J'ai trouvé des foyers de ramollissement siégeant exclusivement à la partie postérieure du cerveau à l'autopsie de gens qui étaient atteints d'amnésie verbale; mais je dois dire que c'est l'exception; ordinairement c'est le lobe antérieur qui est lésé.

18. M. Martineau fait la communication suivante relative à une *dégénérescence cancéreuse généralisée*.

Un homme d'un aspect tout à fait cachectique, atteint de vomissements verdâtres et alimentaires, était entré dans le service de M. Guyot. Lors de son admission, il n'existait aucune tumeur à l'épigastre et comme les vomissements disparurent bientôt, il était assez difficile de se prononcer sur la cause de ces vomissements, lorsque apparurent à la région sus-claviculaire des tumeurs ganglionnaires très manifestes. En même temps cet homme présentait de l'aphonie, une diminution très manifeste du murmure vésiculaire à gauche, alors je pensai que tous les symptômes étaient dus à une compression du pneumo-gastrique. Cette opinion ne fut pas partagée par le chef du service, M. Guyot, qui rattachait l'absence du murmure vésiculaire à l'emphysème pulmonaire et les vomissements à une affection organique de l'estomac. Or, l'événement vint justifier ses prévisions. Bientôt apparurent des vomissements noirs, des bosselures devinrent manifestes à la région hépatique, et il devint évident que cet homme était atteint d'une cachexie cancéreuse généralisée.

A l'autopsie on a trouvé les lésions suivantes :

Cancer de l'estomac, du foie et des ganglions mésentériques; cancer du cœur sous forme de plusieurs noyaux sous-péricardiques. Tuméfaction énorme des ganglions bronchiques cancéreux. Intégrité du nerf pneumo-gastrique, mais compression du nerf récurrent à gauche, ce qui expliquait parfaitement l'aphonie.

19. M. Magnan présente deux pièces :

A. Une *rupture de l'aorte* due à une ulcération athéromateuse :

Bille (Albert) 40 ans, entre le 17 février 1864 à Bicêtre. Affaiblissement graduel de l'intelligence depuis 4 ans environ; forces musculaires très diminuées; tremblement considérable des lèvres, de la langue, des bras et des jambes; parole embarrassée, perte successive de la mémoire; indifférence; pas de

conceptions délirantes. La faiblesse des jambes permettant peu la marche et les promenades, force le malade à rester assis une partie de la journée; il n'accuse jamais de douleur; on n'a constaté aucun changement dans sa santé, jusqu'au moment de sa mort, qui arrive brusquement le 18 novembre 1864.

Autopsie. Méninges épaissies, adhérences, ramollissement de la couche corticale, pas de lacunes ni de ramollissement dans la partie centrale.

Epanchement énorme de sang dans la plèvre gauche.

Le cœur est petit, gras, mou, flasque, entièrement vide; le bord libre de la valvule mitrale est épaissi; le microscope y fait voir des noyaux embryoplastiques nombreux en voie d'évolution; les valvules sigmoïdes aortiques sont saines, à l'exception du bord adhérent qui présente quelques plaques athéromateuses. La surface interne de la crosse de l'aorte est jaunâtre, présente un aspect chagriné et par place, des plaques jaunâtres, athéromateuses et crétacées, siégeant dans les parties profondes de la tunique interne, pas de dilatation anormale ni de bosselure de l'aorte; à sept ou huit centimètres au delà de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, on trouve une dépression en cul de poule, triangulaire, froncée, peu profonde; entre celle-ci et la sous-clavière on voit une ulcération du volume d'une pièce de 2 fr. un peu infundibuliforme, à bords épais et irréguliers; à la surface externe, cette ulcération est limitée par une membrane, qui forme autour une sorte d'anneau de 2 à 3 millimètres de hauteur, déchiqueté, infiltré de sang; cette membrane est constituée par la tunique externe distendue qui a cédé sous l'impulsion de l'ondée sanguine, que la membrane interne détruite par l'athérome ne pouvait plus retenir; le bord libre de cette membrane a été trouvé déchiqueté, le bord adhérent se continue manifestement avec la tunique externe.

Les autres organes ne présentent pas de particularité à noter.

20. B. Une lésion traumatique du coude très rare.

Un malade atteint de démence sénile offrait une lésion

traumatique du coude que les auteurs classiques (Malgaigne, Nélaton...) ne signalent pas.

L'avant-bras était continuellement dans la demi-flexion; on pouvait déterminer une flexion plus considérable, mais l'extension restait impossible. La pronation et la supination étaient possibles, mais très limitées; l'humérus relativement à l'avant-bras était dans une rotation légère; son bord interne incliné en avant, et l'externe un peu en arrière; l'avant-bras était raccourci, on sentait une saillie en arrière du coude, répondant à l'olécrâne, et à côté, plus en dehors la tête du radius qui tournait sous le doigt, quand on imprimait des mouvements de pronation et de supination à l'avant bras. En avant du coude on sentait une tumeur large, mousse, déterminée par l'extrémité inférieure de l'humérus, et au dessous une dépression.

De chaque côté de l'articulation, on imprimait des mouvements d'avant en arrière très obscurs, sans crépitation, que l'on rattachait à la présence de fragments osseux dépendant de la tête humérale.

Après avoir enlevé les parties molles, on trouve en avant le tendon du biceps qui s'enroule sur la face antérieure de l'extrémité inférieure de l'humérus, entraîné par son insertion radiale en arrière; tout autour de l'articulation, on voit en outre des ligaments normaux qui sont épaissis, une véritable membrane fibreuse; en l'incisant en avant, on aperçoit un effacement presque complet de la cavité sigmoïde et de la poulie articulaire de l'humérus qui n'est plus embrassée par la grande cavité sigmoïde du cubitus, et qui présente à sa partie supérieure des végétations osseuses éburnées. Au dessous, on voit la face antérieure de la tête cubitale qui n'est plus disposée en crochet, l'apophyse coronoïde est érodée, et à sa place on ne voit plus qu'un tubercule; en dehors la tête condylienne est en rapport avec la face antérieure du radius, la tête étant luxée en arrière.

En dehors et en dedans on trouve, un fragment osseux constitué en dedans par l'épitrôchlée détachée de la trochlée unie à celle-ci par une fausse articulation; elle présente sur sa face fracturée une surface lisse, concave, glissant sur la portion

correspondante de la trochlée. En dehors on voit l'épicondyle et une portion du condyle détachée aussi de l'extrémité humérale et présentant une disposition analogue à celle du fragment interne.

En arrière on trouve la cavité olécrânienne comblée par un tissu cellulo-adipeux et au-dessous on voit l'olécrâne faisant saillie horizontalement en arrière, sur sa face externe la tête du radius qui a conservé avec le cubitus ses rapports normaux, et dont la capsule regarde directement en arrière où elle se trouve en rapport avec le tissu fibreux qui enveloppe la jointure. La tête radiale n'est pas sensiblement déformée; mais sa capsule est rugueuse, et son cartilage détruit en partie.

21. M. *Ledentu* fait la communication suivante :

TUMEUR A MYÉLOPLAXES DU FÉMUR. — DÉSARTICULATION DE LA CUISSE. — EXAMEN ANATOMIQUE DE LA PIÈCE.

Il y a environ trois semaines, M. Verneuil fit à l'hôpital de Lourcine une désarticulation de la cuisse sur une jeune fille de dix-sept ans. Le fémur avait été envahi par une production morbide qui, d'après toutes les probabilités, devait appartenir à la classe des tumeurs à myéloplaxes. M. Verneuil a bien voulu me charger de l'examen de la pièce, en me recommandant de porter surtout mon attention sur le système veineux; voici quels ont été les résultats de cet examen.

Les deux tiers inférieurs du fémur sont envahis par une masse volumineuse plus grosse qu'une tête humaine. Recouverte en certains points par les muscles de la région qui sont étalés et amincis, le tissu morbide se montre dans d'autres, en contact avec les téguments. Pour en finir de suite avec les muscles, j'ajouterai que le triceps fémoral est criblé dans sa partie inférieure de petites ecchymoses, et a même subi dans quelques points la dégénérescence graisseuse.

La tumeur est assez régulière, et ne présente que quelques

bosselures, une entre autres, en dedans, au niveau de laquelle le doigt perçoit une sensation de ramollissement bien manifeste; ailleurs elle offre au toucher une résistance élastique.

Une section de la tumeur permet de voir qu'elle est formée d'une substance d'aspect jaunâtre, légèrement friable par places, donnant à la coupe la sensation d'une crépitation fine, et laissant écouler une sérosité rougeâtre. Le tissu morbide ressemble à une éponge très fine, et est criblé de petits orifices. On n'y trouve pas de kystes au niveau des points ramollis, mais une matière franchement jaune, et qui à l'œil nu rappelle tout à fait la graisse. Au microscope ce tissu se montre très riche en myéloplaxes et en graisse; parfois des ostéoplastes se rencontrent dans le champ de l'instrument. On ne voit plus traces du fémur; les condyles envahis à peu près également, forment deux masses saillantes entre lesquelles existe un sillon où se loge le tendon du triceps. Le cartilage d'ossification de l'épiphyse inférieure a résisté à l'envahissement; il est représenté par une ligne blanchâtre curviligne, à concavité supérieure, ayant l'aspect et les dimensions du cartilage normal, plongé au milieu de la substance morbide qui en a dépassé les limites de plusieurs centimètres vers sa circonférence. Ce cartilage est séparé de l'articulation par une distance de cinq ou six centimètres.

La partie la plus élevée du fémur est fracturée au niveau de l'origine de la tumeur. Le canal médullaire est envahi jusqu'en haut par la substance morbide.

L'articulation du genou est le siège de lésions très remarquables. Elle a subi des troubles tels dans la nutrition, que les cartilages sont amincis, noirâtres et en partie détachés des condyles du fémur et des tubérosités du tibia; la synoviale ne se retrouve que dans quelques points; la cavité renferme une matière semi-liquide, d'un rouge noirâtre, qui ressemble à du sang anciennement coagulé. L'épiphyse supérieure du tibia est complètement détachée et ramollie; la rotule présente une altération analogue. Au milieu de ces tissus transformés et de ces détritres de synoviale et de cartilage, il n'y a pas du tout de pus; il n'y a pas là une véritable arthrite, mais un

trouble de nutrition qui a amené la désorganisation des parties constitutives de l'articulation.

C'est principalement sur le système vasculaire qu'ont porté mes recherches. J'ai trouvé l'artère et la veine fémorale entourées dans une certaine étendue de leur trajet, par la substance morbide, au centre de laquelle elles occupaient un canal complet. C'est vers l'anneau du troisième adducteur que ces vaisseaux s'enfonçaient dans la tumeur pour en sortir dans le creux poplité.

Leurs parois n'avaient subi aucune altération ; leur calibre était seulement un peu diminué. Le reste du système artériel de la région, n'a pas subi de modification sensible dans le nombre et le volume de ses vaisseaux. Le système veineux, au contraire, a pris un développement énorme. L'injection des veines m'a permis d'en faire une étude attentive.

Elles forment trois plans distincts ; l'un superficiel composé des veines sous-cutanées, qui sont ici plutôt intra-dermiques ; les unes occupent la face interne de la cuisse et se jettent par un tronc commun dans la saphène interne ; elles sont variqueuses et dépourvues de valvules ; les autres occupent la face externe de la cuisse ; d'abord sous-aponévrotiques, elles deviennent sous-cutanées, et se jettent dans un tronc situé en arrière, et qui n'est autre qu'une branche de la veine ischiatique.

Le second plan comprend des veines intra-musculaires ; elles sont aussi très considérables et se rendent dans la fémorale, dans le tronc précédemment nommé, et dans un autre situé à la face antéro-interne de la cuisse.

Enfin un réseau assez serré et composé toujours de gros troncs s'étale sur la face antérieure et interne de la tumeur, et donne naissance à des branches veineuses qui se jettent dans les troncs précédents.

Aucune veine importante n'émerge directement de la tumeur ; aucune artère volumineuse n'y pénètre profondément ; la circulation y est donc essentiellement capillaire. Malgré cette absence de gros troncs, il est facile de voir la continuité des plans profonds et superficiels, avec des veinules qui sortent de la tumeur ; mais il n'en est pas de même des veines

intra-musculaires. Il est beaucoup plus difficile et même impossible d'en voir nettement l'origine : de sorte que l'on est en droit de se demander si leur développement, n'a pu rester jusqu'à un certain point indépendant de celui des veines appartenant à la tumeur elle-même, et ne s'est pas produit sous la seule influence de l'activité de la circulation dans la région malade; cela n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire; ce qu'il fallait rechercher surtout, c'était le mode de circulation propre à cette tumeur.

On a pu voir que la solution de cette question a été fournie, presque complètement par l'examen de la pièce.

DÉMENCE SÉNILE. — PHÉNOMÈNES CONGESTIFS. — CONTRACTURE. — TORPEUR. — COMA. — MORT. — HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE. — NÉO-MEMBRANE DE LA DURE-MÈRE. — VAISSEAUX CAPILLAIRES ÉNORMES. — RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL, par M. A. REGNARD, interne des hôpitaux.

Auchberg, (Caroline), femme Schlegel, soixante six ans, entrée le 22 septembre 1860, à la Salpêtrière, dans le service de M. Bail-larger.

Cette femme a joui toute sa vie d'une santé robuste. Elle a eu douze grossesses régulières : dix de ses enfants sont encore aujourd'hui vivants et bien portants. Jamais elle n'a fait d'excès d'aucun genre; mais elle a mené l'existence laborieuse et pénible des femmes du peuple.

Actuellement, et depuis deux à trois mois, elle offre les signes d'une démence sénile simple. Affaiblissement extrême des facultés, perte de la mémoire, pleurnicheries, etc.; elle est gâteuse.

Ajoutons qu'il y a dix-huit mois, elle a été prise d'une hémiplegie incomplète du côté droit, laquelle a disparu sans laisser de traces, au bout du quatrième mois.

Le 5 septembre, elle paraît plus affaissée que d'habitude, se plaint de souffrir de la tête. (Huile de ricin, avec huile de croton, deux gouttes).

Le 7 on la trouve plongée dans une torpeur voisine du coma, anesthésic, contracture peu énergique des membres supérieurs; elle est peletonnée sur elle-même, mâchonne et présente en un mot les signes que j'ai pu constater maintes fois dans la congestion cérébrale chez les vieillards.

Elle reste à peu près dans le même état qui va peu à peu s'empirant jusqu'au 12 septembre au matin, où la mort vient insensiblement terminer la scène.

Autopsie (le 13 septembre, trente heures après la mort). — Rigidité cadavérique encore appréciable; commencement de putréfaction à l'abdomen.

Le *crâne* est un peu épaissi, éburné dans presque toute son étendu.

La *dure-mère* présente extérieurement l'aspect normal : à l'incision, il s'échappe de chaque côté une certaine quantité de sang presque pur, rouge foncé, dont on parvient à recueillir et à peser 70 grammes : on peut évaluer sans exagération le poids total de l'épanchement, de 80 à 90 grammes.

A *droite*, la face interne de la dure-mère est recouverte par une néo-membrane extrêmement mince, fragile, semée de plaques rouges et de petits caillots à peine solides.

A *gauche*, on retrouve çà et là les traces d'une membrane analogue : mais, sur l'hémisphère, on aperçoit une sorte de caillot aplati, consistant, et qu'il est aisé de reconnaître, après examen, pour une néo-membrane sanguinolente, évidemment détachée de la dure-mère.

Par transparence on voit les vaisseaux de la pie-mère distendus et gorgés de sang, et çà et là des ecchymoses dues à de petites ruptures vasculaires.

D'ailleurs, ces membranes s'enlèvent aisément et n'adhèrent nulle part au cerveau.

L'encéphale pèse 1,165 gram. ainsi répartis :

Hém. droit	520
gauche	470
Cervelet	175
	1165

Le cerveau présente des modifications importantes quant à l'aspect et à la consistance : *quant à l'aspect*, la substance

blanche est tellement congestionnée que la couleur normale est remplacée par une teinte rose foncé, tirant sur le gris : la substance grise présente la même congestion intense. Le cervelet, la protubérance et le bulbe offrent le même caractère ;

Quant à la consistance, d'une façon générale, elle est diminuée : mais au niveau des parois ventriculaires, et surtout à gauche, les parties attenant à la couche optique et au lobe occipital sont le siège d'un véritable ramollissement : la substance cérébrale s'en va en bouillie.

Les *artères cérébrales* moyennes des deux côtés étaient fortement athéromateuses et celle du côté gauche paraissait presque complètement obturée au niveau de son épanouissement en branches multiples.

Les autres viscères étaient sains, à l'exception du cœur, présentant une hypertrophie notable du ventricule gauche.

Examen microscopique. L'examen de la néo-membrane a été fait avec tout le soin possible, et M. Vulpian a constaté lui-même les résultats suivants :

La néo-membrane paraît constituée par places, par un simple dépôt amorphe : dans presque toute son étendue, elle est parfaitement organisée, montrant des cellules et noyaux nombreux et quelques fibrilles.

Les *vaisseaux sanguins* sont surtout développés d'une façon remarquable. Ils apparaissent irréguliers, énormes, bifurqués çà et là, quelques uns comme variqueux ; un grand nombre offrant de 0,03 à 0,04 centièmes de millimètre de diamètre. Leur structure est celle des plus fins capillaires ; une seule tunique amorphe, çà et là parsemée de noyaux transparents, elliptique, à grand diamètre, suivant l'axe du niveau.

On distingue, dans leur calibre les globules sanguins et un certain nombre de globules blancs : autour et çà et là, des dépôts nombreux d'hématoidine sous forme de granules bruns.

Ainsi, voilà, d'une part, un épanchement de sang, relativement considérable dans la cavité de l'arachnoïde (comme on disait autrefois) : M. Lancereaux donne comme extrêmes les chiffres de 50 à 60 grammes, et nous en avons au moins 80 : ce sang d'ailleurs est complètement liquide.

D'autre part, sur la face interne de la dure mère, une néo-

membrane extrêmement mince et fragile, renfermant un grand nombre de vaisseaux de 0 millimètre 03, à 0, 04 de diamètre, et ces vaisseaux qui ont le volume des fines artérioles, ont la structure des plus fins capillaires, de sorte que c'est contre des parois aussi fragiles que s'exerce l'effet d'une quantité de sang relativement considérable.

On croit donc pouvoir conclure, sans paraître se livrer aux écarts d'une imagination dérégulée, que cette hémorrhagie méningée provient de la membrane préexistante, de plus, l'état antérieur de la malade, les phénomènes congestifs manifestés, huit jours avant la mort, la congestion interne de l'encéphale et des membranes, l'état hypertrophique du cœur, tout tend à démontrer l'existence d'une irritation antérieure des centres nerveux : irritation qui s'est traduite, sur la dure-mère, par la production de la néo-membrane, cause de l'hémorrhagie.

M. Laborde. Pour mon compte, je serais plutôt porté à admettre que dans ce fait l'exsudat est consécutif à l'hémorrhagie, et je m'appuie sur les raisons suivantes :

1° Sur la quantité de sang épanché;

2° Sur la structure même de la néo-membrane qui est encore fibrillaire, granuleuse, et est par conséquent d'origine toute récente.

Quant aux vaisseaux que M. Vulpian y a observés, ils peuvent très bien appartenir à la face interne de la dure-mère et avoir été arrachés avec la néo-membrane.

CANCER ENCÉPHALOÏDE DU REIN DROIT. — CANCER DU CŒUR ET KYSTE SÉREUX FLOTTANT DANS L'INTÉRIEUR DU VENTRICULE DROIT. — CANCER DU POUMON, par M. HAYEM, interne des hôpitaux.

Gillot, âgé de soixante-huit ans, imprimeur, entre à l'infirmerie de Bicêtre, le 2 septembre, dans le service de M. Léger.

Il n'a eu que des indispositions dans sa jeunesse, et il a été admis à l'hospice comme rachitique et cataracté. Sa santé est restée bonne jusqu'au mois de juin dernier. A cette époque il éprouve pour la première fois une perte de connaissance qui ne dure que quelques minutes, et qui laisse à sa suite une paralysie incomplète du côté droit. Cette hémiplegie disparaît complètement en 24 heures. La perte subite de connaissance n'a été précédée d'aucun phénomène congestif; mais le malade est sujet depuis quelques années à des maux de tête et à des étourdissements. Dans le courant du mois de juillet, le malade vient quelques jours à l'infirmerie pour de la diarrhée; mais ne tarde pas à retourner dans sa division.

Dans la nuit du vendredi au samedi 2 septembre, il perd connaissance pour la seconde fois, présente quelques convulsions, et le matin à la visite, on le trouve dans l'état suivant :

3 septembre 1864, teinte pâle, cachectique, face amaigrie, cataracte lenticulaire double sans abolition complète de la vue, les membres sont grêles, et le malade est très faible depuis plusieurs années, il n'a jamais eu d'œdème.

La poitrine est excessivement déformée; la colonne vertébrale décrit une S énorme sans former une gibbosité prononcée (rachitisme).

Les accidents de la nuit ont complètement disparu. Il n'y a pas de paralysie; mais le côté droit, surtout le bras, est plus faible que le gauche. Pas de céphalalgie, intelligence, sensibilité conservées. Le malade se rappelle vaguement ce qui s'est passé. Il n'a pas conscience de son transport à l'infirmerie. Le tube digestif fonctionne habituellement mal; le malade a depuis plusieurs mois soit de la constipation, soit de la diarrhée, et jusqu'à présent, c'est pour ces accidents, qu'il est venu se faire traiter à l'infirmerie. Dans ce moment on ne constate qu'une diminution de l'appétit et un léger enduit blanchâtre sur la langue.

Le malade tousse rarement, et n'a jamais eu d'affection thoracique; mais il s'essouffle facilement, évite les longues courses, les escaliers. Cependant, il n'a eu ni douleurs dans la région du cœur, ni palpitations. L'examen des poumons per-

met de constater une sonorité un peu exagérée en certains points et quelques râles muqueux peu nombreux. Les crachats sont peu abondants et n'offrent rien de spécial.

La région précordiale est déformée; mais cette voussure près du sternum et cet aplatissement sur le côté tiennent sans aucun doute au rachitisme. On ne sent rien d'appréciable à la palpation. La percussion, difficile à cause de l'emphysème pulmonaire, permet cependant de reconnaître que la pointe du cœur descend à deux travers de doigt au-dessous du mamelon.

Autopsie faite le 8 septembre au matin.

Encéphale, boîte crânienne très adhérente à la face externe de la dure-mère, difficultés énormes d'enlever le crâne, la dure-mère, épaissie et jaunâtre par places, laisse écouler à l'incision une quantité assez considérable de sérosité louche. L'arachnoïde opaline présente des traînées blanchâtres; elle est soulevée partout et surtout à la convexité du cerveau, le long du bord interne des hémisphères par une grande quantité de sérosité un peu jaunâtre (œdème de la pie-mère). Les vaisseaux artériels sont graisseux et un peu calcaires, la stase veineuse est peu prononcée, on ne trouve aucun caillot. Les membranes s'enlèvent facilement et laissent voir la substance corticale comme lavée, pâle et molle. Toute la masse encéphalique est un peu diffluente et exsangue, à l'exception du corps strié et de la couche optique du côté gauche, dont la coloration est plus intense qu'à droite; mais la différence est peu sensible (sorte d'hypérémie relative).

Thorax. Le feuillet antérieur du péricarde adhère au cœur et ne permet pas de faire l'incision dans le lieu ordinaire; en même temps, il est soulevé par une tumeur dure, qui fait une légère saillie entre les deux poumons. En plongeant le scalpel vers la pointe du cœur, il s'échappe en jet du péricarde environ 300 grammes de sérosité teinte de sang. La face interne du péricarde pariétal et l'externe du viscéral sont adossées en avant par des adhérences celluluses; les feuillets sont épaissis, et les surfaces non adhérentes sont couvertes de fines villosités qui leur donnent un aspect un peu velouté rude, analogue à celui de la langue du chat.

De plus, on trouve çà et là des noyaux encéphaloïdes de la grosseur d'un pois on d'un aveline, disséminés dans le péricarde pariétal.

Au niveau de la cloison interventriculaire et dans la paroi du ventricule droit, il s'est développé une tumeur encéphaloïde dont le centre est ramolli, et qui est de la grosseur d'un petit œuf. La paroi du ventricule droit, en dehors de la tumeur est d'épaisseur normale; celle du gauche est notablement hypertrophiée, avec dilatation peu prononcée de la cavité. Le muscle est d'un brun jaunâtre. La graisse sous-péricardique est excessivement abondante (polysarcie du cœur). Les valvules auriculo-ventriculaires droites et gauches sont un peu épaissies et athéromateuses en certains points.

La crosse aortique est un peu dilatée. Les valvules aortiques sont épaissies et athéromateuses, mais suffisantes; celles de l'artère pulmonaire sont saines. Il n'y a rien de particulier dans les oreillettes. Mais, dans l'intérieur du ventricule droit, près du point où fait saillie la tumeur encéphaloïde, sur la cloison interventriculaire on trouve une production singulière et qui vient éclairer d'une façon inattendue l'ensemble des symptômes présentés par le malade. Dans le point indiqué, une sorte de bride fibreuse allongée porte à son extrémité deux kystes séreux; l'un gros comme un pois, l'autre comme une grosse amande. Le liquide contenu dans ces kystes est séreux, citrin, sans débris d'acéphalocystes. La bride a deux centim., et demi de long, et permet aux deux kystes de flotter dans la cavité ventriculaire; en la relevant, le plus gros kyste, qui a une forme ovoïde, vient s'appliquer par sa grosse extrémité sur l'orifice de l'artère pulmonaire, et de cette façon l'obture presque complètement; le plus gros diamètre transversal du kyste est un peu inférieur à la circonférence de l'artère pulmonaire.

Les cavités cardiaques ne contiennent que des caillots de fraîche date, aucun d'eux n'est adhérent.

Les cavités pleurales et les plèvres n'offrent rien à noter.

Les poumons sont un peu emphysémateux, surtout le long du bord tranchant; ils sont congestionnés, surtout aux deux bases. Le sommet du poumon droit est induré, et à la coupe,

met de constater une sonorité un peu exagérée en certains points et quelques râles muqueux peu nombreux. Les crachats sont peu abondants et n'offrent rien de spécial.

La région précordiale est déformée; mais cette voussure près du sternum, et cet aplatissement sur le côté tiennent sans aucun doute au rachitisme. On ne sent rien d'appréciable à la palpation. La percussion, difficile à cause de l'emphysème pulmonaire, permet cependant de reconnaître que la pointe du cœur descend à deux travers de doigt au-dessous du mamelon.

La matité est certainement plus étendue qu'à l'état normal. A l'auscultation, bruits réguliers, un peu sourds, bruit de souffle doux au premier temps, dont le maximum est en dedans et sur la ligne du mamelon. Le pouls est régulier, faible; il fuit facilement sous le doigt. Gillot ne se plaint pas de la miction; ses urines sont claires, et examinées par la chaleur et l'acide nitrique, on ne trouve aucune trace d'albumine.

Le 7 septembre, pendant la visite, nouvelle syncope: le malade pâlit, se laisse aller en arrière, et il est pris immédiatement de petites secousses musculaires, surtout marquées dans tout le côté droit. Cependant, le pouls devient faible, presque insensible, les battements du cœur ne sont pas perceptibles, et bientôt les extrémités sont froides, et la face et les lèvres d'une pâleur excessive. Le malade ne revient à lui qu'au bout d'une dizaine de minutes; le pouls reprend de l'ampleur, les extrémités se réchauffent, et le malade s'endort et se couvre de sueur.

Prescrip. Sinapismes aux extrémités et potion antispasme.

Le lendemain il ne reste qu'un peu de fatigue.

15 septembre. Nouvelle perte de connaissance analogue aux précédentes. L'infirmière a trouvé, la veille, les urines très-rouges; mais elle ne les a pas conservées. Aujourd'hui, elles sont limpides, sans nuage; elles ne contiennent pas d'albumine; mais on ne les examine pas au microscope.

Le malade est constipé depuis son entrée dans le service. Il a pris une fois de l'huile de ricin, et, le 15 au matin, des pilules d'Anderson. Il ne se plaint d'aucune douleur abdominale.

26 septembre. Reprise des mêmes accidents. Le malade est affaibli et ne quitte plus le lit. L'affaiblissement est toujours plus prononcé du côté droit.

3 octobre. Nouvelle perte de connaissance, avant la visite, avec secousses convulsives, surtout du côté droit.

A la visite, la langue est légèrement déviée à droite et les plis de la face un peu effacés. Il n'y a jamais eu de morsures de la langue. Le côté droit est comme engourdi, lourd ; on constate un peu d'anesthésie et d'analgésie au bras et à la jambe.

Les jours suivants, le malade a plusieurs défaillances sans perte complète de connaissance, sans mouvements convulsifs.

L'appétit et les forces diminuent rapidement ; la face prend un air anxieux, le malade éprouve de temps en temps de la dyspnée : mais les signes stéthoscopiques ne varient pas.

Le 6 octobre, au matin, le malade est dans l'état suivant : face pâle, effrayée, regard morne et vague, paupière supérieure du côté droit abaissée, de même que la commissure labiale. La langue est déviée à droite, le bras du même côté est privé de mouvement et complètement résolu, la jambe n'a rien. En même temps, la respiration est accélérée, les mouvements du cœur sont violents, précipités, le choc très-intense ; rien à l'auscultation. Le pouls est vif, régulier, 100 p. par minute, mais fuit sous le doigt ; la peau est terreuse, les mains violacées et froides.

Il est probable que le malade a eu, dans la nuit, plusieurs lypothimies ; mais il ne peut donner aucun renseignement. Il meurt à 4 h. de l'après-midi, dans une syncope, sans phénomènes convulsifs.

Autopsie faite le 8 septembre au matin.

Encéphale, boîte crânienne très adhérente à la face externe de la dure-mère, difficultés énormes d'enlever le crâne, la dure-mère, épaissie et jaunâtre par places, laisse écouler à l'incision une quantité assez considérable de sérosité louche. L'arachnoïde opaline présente des traînées blanchâtres ; elle est soulevée partout, et surtout à la convexité du cerveau, le long du bord interne des hémisphères par une grande quantité de sérosité un peu jaunâtre (œdème de la pie-mère). Les

vaisseaux artériels sont grassex et un peu calcaires, la stase veineuse est peu prononcée, on ne trouve aucun caillot. Les membranes s'enlèvent facilement et laissent voir la substance corticale comme lavée, pâle et molle. Toute la masse encéphalique est un peu diffluente et exsangue, à l'exception du corps strié et de la couche optique du côté gauche, dont la coloration est plus intense qu'à droite; mais la différence est peu sensible (sorte d'hypérémie relative).

Thorax. Le feuillet antérieur du péricarde adhère au cœur et ne permet pas de faire l'incision dans le lieu ordinaire; en même temps, il est soulevé par une tumeur dure, qui fait une légère saillie entre les deux poumons. En plongeant le scalpel vers la pointe du cœur, il s'échappe en jet du péricarde environ 300 grammes de sérosité teinte de sang. La face interne du péricarde pariétal et l'externe du viscéral sont adossées en avant par des adhérences celluluses; les feuillets sont épaissis, et les surfaces non adhérentes sont couvertes de fines villosités qui leur donnent un aspect un peu velouté rude, analogue à celui de la langue du chat. De plus, on trouve çà et là des noyaux encéphaloïdes de la grosseur d'un pois ou d'un aveline, disséminés dans le péricarde pariétal.

Au niveau de la cloison interventriculaire et dans la paroi du ventricule droit, il s'est développé une tumeur encéphaloïde dont le centre est ramolli, et qui est de la grosseur d'un petit œuf. La paroi du ventricule droit, en dehors de la tumeur est d'épaisseur normale; celle du gauche est notablement hypertrophiée, avec dilatation peu prononcée de la cavité. Le muscle est d'un brun jaunâtre. La graisse sous-péricardique est excessivement abondante (polysarcie du cœur). Les valvules auriculo-ventriculaires droites et gauches sont un peu épaissies et athéromateuses en certains points.

La crosse aortique est un peu dilatée. Les valvules aortiques sont épaissies et athéromateuses, mais suffisantes; celles de l'artère pulmonaire sont saines. Il n'y a rien de particulier dans les oreillettes. Mais, dans l'intérieur du ventricule droit, près du point où fait saillie la tumeur encéphaloïde, sur la cloison interventriculaire on trouve une production singulière

et qui vient éclairer d'une façon inattendue l'ensemble des symptômes présentés par le malade. Dans le point indiqué, une sorte de bride fibreuse allongée, porte à son extrémité deux kystes séreux; l'un gros comme un pois, l'autre comme une grosse amande. Le liquide contenu dans ces kystes est séreux, citrin, sans débris d'acéphalocystes. La bride a deux centim., et demi de long, et permet aux deux kystes de flotter dans la cavité ventriculaire; en la relevant, le plus gros kyste, qui a une forme ovoïde, vient s'appliquer par sa grosse extrémité sur l'orifice de l'artère pulmonaire, et de cette façon l'obture presque complètement; le plus gros diamètre transversal du kyste est un peu inférieur à la circonférence de l'artère pulmonaire.

Les cavités cardiaques ne contiennent que des caillots de fraîche date, aucun d'eux n'est adhérent.

Les cavités pleurales et les plèvres n'offrent rien à noter.

Les poumons sont un peu emphysémateux, surtout le long du bord tranchant; ils sont congestionnés, surtout aux deux bases. Le sommet du poumon droit est induré, et à la coupe, il laisse voir une grande quantité de granulations grisâtres reliées entre elles par des tractus fibreux. Ces granulations, de nature cancéreuse, se détachent sur le fond noir du tissu induré, et ressemblent au premier abord à des granulations miliaires. L'autre poumon présente aussi près du sommet quelques points durs, disséminés, présentant les mêmes lésions. Les autres parties non indurées du poumon offrant de distance en distance de petites tumeurs, depuis la grosseur d'une amande de cerise jusqu'à celle d'une noix. Elles laissent échapper à la coupe une pulpe blanchâtre ou gris-rougeâtre et se réduisent à une coque dense à paroi interne grumeleuse (petits cancers encéphaloïdes ramollis).

En suivant les divisions de l'artère pulmonaire aussi loin que possible, on ne trouve rien à noter.

Abdomen. Foie déformé, d'une part par la courbure de la colonne vertébrale et la pression des côtes, d'autre part par la tumeur rénale, qui s'est creusé une sorte de loge peu profonde dans le lobe droit. A la coupe, le tissu laisse écouler

beaucoup de sang, les acinis ont des pourtours jaunâtres. Il n'y a aucune tumeur.

Reins. Le rein droit présente un encéphaloïde ramolli énorme, qui a transformé l'organe, à l'exception des deux pyramides inférieures ; tumeur non mamelonnée, adhérente à la capsule surrénale qui présente la même lésion. On reconnaît et on peut décoller inférieurement la capsule du rein; plus haut elle fait corps avec la coque de l'encéphaloïde. A la coupe, écorce dense, blanchâtre, contenant une masse ramollie, grumoleuse, blanche en général, et colorée en rouge par places, par suite d'un mélange d'une quantité plus ou moins grande de sang. Les deux pyramides inférieures seules persistent, et la masse morbide commence à les envahir en les pénétrant irrégulièrement. On ne reconnaît ni les calices, ni le bassin, le uretère est envahi dans sa portion supérieure, mais non oblitéré.

Ce cancer du rein adhère en haut à une masse de tissu cellulaire dégénéré de la même façon et à la capsule surrénale qui est envahie et transformée presque complètement; en dedans, il appuie contre la colonne vertébrale et les insertions du psoas. qui de même que le tissu cellulaire voisin présente une sorte d'infiltration du tissu encéphaloïde. La colonne vertébrale est usée et rugueuse au niveau du point pressé; mais il n'y a pas de cancer osseux.

La veine rénale est tapissée à sa face interne, au moment où elle quitte le rein, par des caillots fibrineux et adhérents, en forme de plaques déchiquetées. Ils se prolongent dans la veine-cave jusqu'à son entrée dans le sillon du foie.

Les ganglions lymphatiques de l'abdomen et du thorax sont exempts de cancer.

Le rein gauche, un peu aplati et allongé par la courbure de la colonne vertébrale, est fortement congestionné; mais sans exsudats, ni transformations graisseuses. La capsule surrénale gauche est parfaitement saine.

La vessie contient une petite quantité d'urine, qui, examinée au microscope, présente en suspension les mêmes éléments cellulaires que le cancer du rein. Il est probable que l'examen microscopique pratiqué du vivant du malade, aurait montré

les mêmes éléments, et aurait pu éclairer le diagnostic touchant le cancer rénal.

La *prostate* est un peu hypertrophiée; elle forme en arrière dans la vessie, une saillie en forme de mamelon. En l'incisant, on trouve dans son épaisseur de petits calculs très durs.

Le *tube digestif*, le *pancréas* et la *rate* n'offrent rien à noter.

Toutes les masses cancéreuses trouvées dans cette autopsie avaient les caractères du cancer encéphaloïde en voie de régression graisseuse au centre, dans les parties ramollies, et l'affection cancéreuse a fort probablement débuté par le rein. L'examen microscopique de ces cancers confirme cette opinion sur leur nature et leur mode de développement, et n'offre aucune particularité importante à signaler.

Nous avons déjà noté que le kyste du cœur ne contenait pas de débris d'acéphalocystes, que c'était un kyste séreux simple. Au point où la bride fibreuse, qui porte ce kyste prend insertion sur l'endocarde, on trouve une plaque inégale, irrégulière, qui a l'aspect d'une ulcération athéromateuse. Elle donne par le grattage, une sorte de bouillie grumeluse, et au microscope on y voit, au sein d'une matière amorphe, pleine de granulations graisseuses, des corpuscules granuleux, graisseux, comme ceux qu'on voit dans les lésions athéromateuses; on ne voit pas de cholestérine cristallisée; mais la pièce a macéré pendant quelque temps dans l'alcool étendu. Il est probable que le développement du cancer du cœur a déterminé une irritation chronique de l'endocarde et du péricarde, et ce travail a peut-être eu une part très grande dans la production de cette bride fibreuse terminée par les deux kystes.

Quoi qu'il en soit, les kystes séreux du cœur sont excessivement rares. Andral (*Anat. path.* II, 330), en cite dans l'épaisseur de la substance musculaire ou sous le péricarde; mais on ne peut rien lire dans les ouvrages d'anatomie pathologique, qui puisse se rapprocher du cas actuel; même dans les formes les plus variées de végétations et de polypes du cœur.

Il est donc inutile de faire remarquer que le diagnostic de cette lésion était complètement impossible, ni même qu'un fait aussi singulier n'a pas une importance clinique réelle.

Le malade n'a eu que des symptômes d'hypertrophie sim-

ple du cœur et les syncopes accompagnées de mouvements convulsifs et d'hémiplégie droite incomplète et passagère ont fait croire à une affection encéphalique. Or, on a vu que l'examen de l'encéphale a été à peu près négatif. L'arrêt presque complet de la circulation produit par l'introduction mécanique du kyste dans l'orifice de l'artère pulmonaire, fait parfaitement comprendre les lypothimies, les syncopes, la dyspnée et les convulsions; mais la prédominance de ces convulsions à droite, l'hémiplégie droite, tiennent à des conditions probablement fugitives et qui échappent à l'observation.

La teinte cachectique du malade avait fait pressentir l'existence d'une tumeur, et, chez le vieillard, c'est là souvent le seul signe qui attire l'attention; mais rien n'autorisait à mieux préciser le diagnostic. Il est probable que le malade a eu plusieurs fois des hématuries, dont il ne s'est pas aperçu à cause de sa cécité, et, si l'examen microscopique de l'urine avait été pratiqué durant la vie, on aurait pu affirmer l'existence d'un cancer encéphaloïde des voies urinaires.

APOPLEXIE OVARIENNE. — HÉMATOCÈLE CONSÉCUTIVE. — ÉPAN-
CHEMENT DE SANG DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE. — Observa-
tion et réflexions, par M. CARESME, interne des hôpitaux.

La nommée Delanay (Catherine), âgée de trente-sept ans, demeurant rue des Cendriers, 32, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 24 juillet 1864, salle Sainte-Marguerite 28, service de M. le docteur Goupil.

Maigre, extrêmement pâle, cette femme, sans être jamais malade, a toujours été d'une santé débile. Elle a beaucoup travaillé.

Réglée pour la première fois à seize ans, elle a vu régulièrement tous les mois pendant trois ou quatre jours, assez abondamment, sans grandes douleurs. Elle a de plus toujours eu des flueurs blanches.

Pas d'antécédents hystériques.

Elle a eu six enfants, le dernier il y a treize mois. Les grossesses se sont très bien passées : ses couches ont toutes été

naturelles ; seulement le travail était fort long : suites de couches bonnes.

Jamais aucun accident n'était venu troubler sa menstruation ; et la malade n'avait jamais éprouvé de symptômes donnant lieu de penser à une affection utérine.

Il y a six semaines, elle eut ses règles à l'époque habituelle ; mais, sans cause connue, ni coup, ni chute, ni émotion morale, elles s'accompagnèrent de douleurs de reins et de coliques utérines vives. Au bout de huit jours, comme elles duraient encore, la malade alla voir un médecin qui lui fit prendre un purgatif.

La perte utérine n'en persista pas moins, et depuis elle n'a pas cessé : la malade perd tous les jours en petite quantité, mais à deux reprises différentes dans cet intervalle de six semaines, elle a eu des pertes considérables. L'époque menstruelle suivante n'a en rien fait sentir son influence sur la perte. En même temps les douleurs de reins et les coliques utérines continuèrent. L'appétit disparut ; il n'y avait pas de vomissements, la défécation était rare et difficile ; la miction douloureuse et brûlante.

La malade accusait un état de faiblesse prononcé ; mais elle n'en continua pas moins à travailler à son état de brodeuse 11 heures par jour. Les choses durèrent ainsi jusqu'au lundi dernier 22 juillet, où la malade, sans cause connue, fut prise tout à coup de frissons violents, avec fièvre intense, céphalalgie, vomissements opiniâtres, douleur vive dans l'abdomen, insomnie.

Un médecin lui fit mettre des sangsues à l'anus ; cette application fut suivie d'une perte utérine abondante. On lui mit aussi des sangsues à la partie inférieure de l'abdomen.

Ce matin, cette femme est entrée à l'hôpital dans un état très grave ; figure grippée, pâle ; lèvres sèches, langue couverte d'un épais enduit blanchâtre, rouges sur les bords. Vomissements verts, porracés, incessants. Douleur vive dans tout l'abdomen, s'exacerbant par instants, et augmentant par la pression.

Pouls petit, très fréquent (110 à 120), respiration gênée par

la douleur abdominale, mais sans toux, rien dans la poitrine, sueurs abondantes.

Intelligence parfaitement nette.

Au toucher, on trouve la portion intra-vaginale du col à peu près disparue. Le col, plus rapproché que de coutume de la symphyse des pubis est entrouvert et l'on peut facilement y introduire la première phalange de l'index. L'orifice du museau de tanche est très abaissé, et regarde en bas et un peu en avant. La lèvre antérieure est mince, dure et présente une portion dure, comme une cicatrice à sa commissure gauche. La lèvre postérieure est volumineuse et paraît occupée par une masse qui se perd en se confondant insensiblement avec une tumeur considérable qui remplit le cul de sac postérieur. Cette tumeur placée sur la ligne médiane, présente une large surface hémisphérique, grosse comme le tiers d'une tête de fœtus à terme. Elle est régulièrement arrondie, recouverte par la muqueuse vaginale, qui ne paraît pas y adhérer intimement. Cette tumeur est dure partout, sans fluctuation évidente, rénitente et offrant en différents points une sensation obscure de battements. Les culs de sac antérieur et latéraux sont effacés; la muqueuse, à leur niveau paraît comme œdématiée, mais on n'y trouve pas de tumeur.

Le vagin est chaud, le toucher ne provoque aucune douleur, et le doigt est ramené teint de sang.

Le ventre est ballonné, très douloureux. Il y a un tympanisme considérable. La douleur de l'abdomen empêche de s'assurer par la palpation et le toucher combinés de la situation et du volume du corps utérin. On ne peut non plus à cause de cette sensibilité du ventre y constater aucune tumeur.

Dans la journée, cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Vers le soir, à sept heures, la malade prend immédiatement une pilule de 0 gr. 05 centigr. opium une pilule de 1 centigrammes devait en outre être donnée d'heure en heure. Glace à l'intérieur.

Depuis ce moment les efforts de vomissement et les vomissements bilieux se succédèrent sans intermission. La malade mourut à 8 heures et demie.

Autopsie 36 heures après la mort.

A l'ouverture du ventre, il s'écoule une quantité considérable, environ un litre, d'un liquide lie de vin formé par du sang altéré, mêlé à de la sérosité, mais ne contenant pas de pus. Il s'échappe aussi du gaz d'une odeur très fétide. Les viscères renfermés dans l'abdomen se présentent dans leur situation normale. Le grand épiploon offre une coloration vineuse violacée due en partie au liquide dans lequel il baigne, en partie à la congestion des vaisseaux. Il a son épaisseur et sa consistance normales. Il est libre dans toute son étendue, excepté dans son quart inférieur qui adhère aux organes du petit bassin. Après qu'on l'a sectionné en travers dans sa partie moyenne, sa portion supérieure peut être relevée sans difficulté. On trouve au-dessous les anses intestinales distendues par des gaz. Elles ont une couleur qui varie suivant les points que l'on considère. Par places, et c'est surtout dans la partie inférieure de la cavité abdominale, elles reproduisent la teinte rouge vineuse de l'épiploon; ailleurs elles ont leur coloration habituelle. Les points les plus foncés présentent une congestion évidente. Ces anses intestinales sont libres de toute adhérence et ne sont point recouvertes de fausses membranes. Elles baignent dans le liquide qui s'échappe lors de l'ouverture de l'abdomen. Seule la portion terminale de l'intestin grêle, au voisinage du cœcum, présente des adhérences anormales sur lesquelles nous reviendrons. L'estomac offre son développement habituel. Il contient en quantité considérable un liquide jaune foncé. Une section portant sur l'origine du colon ascendant, sur l'intestin grêle, à l'origine de la valvule iléo-cœcale, sur l'S iliaque du colon, et sur l'œsophage, permet d'enlever la plus grande portion du tube digestif et de ne laisser en place que le cœcum, la fin de l'intestin grêle et du gros intestin qui sont plus spécialement en rapport avec les lésions des organes pelviens.

La cavité pelvienne, en effet, se trouve occupée par une tumeur considérable; limitée en avant par l'utérus, en arrière par le rectum, en haut par la portion inférieure du grand épiploon adhérent à ces deux organes, sur les côtés par les li-

gaments larges dont le droit présente, à la portion supérieure, externe et un peu postérieure de la tumeur, une autre masse sur laquelle nous reviendrons. C'est au niveau de cette masse entée sur la partie supérieure droite de la tumeur principale, qu'on trouve la fin de l'intestin grêle doublant la paroi de la tumeur, ainsi que l'appendice iléo-cœcal. On ne peut les détacher qu'à grand peine, et encore en laissant sur place une partie de l'appendice.

Cette tumeur pelvienne, avec la masse superposée latérale droite, occupe tout le petit bassin qu'elle dépasse supérieure-ment, pour s'élever jusqu'à l'union du tiers inférieur avec les 2/3 supérieurs de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis. — D'une manière générale, elle est piriforme, un peu aplatie d'avant en arrière, s'étendant transversalement : sa partie supérieure est arrondie irrégulièrement. Elle présente une consistance molle et fluctuante, pâteuse par places, comme si elle contenait un liquide dans lequel nageraient des parties solides très-molles. Quant à la masse qui occupe la portion supérieure droite de la tumeur, elle est ovoïde, dirigée d'avant en arrière et de dedans en dehors, et elle mesure environ 7 cent. de long sur 4 1/2 de largeur ; elle offre au palper la sensation d'un corps dur renfermé dans une poche, à la paroi de laquelle il adhérerait par sa base tournée en arrière et en dehors, tandis que sa partie moyenne rétrécirait une extrémité antérieure et interne libre et terminée en pointe.

En cherchant à enlever toute la masse pelvienne et à la détacher des parois osseuses du bassin, on fait sortir, par la pression, de la tumeur principale, c'est-à-dire de la tumeur médiane, à travers une déchirure de la portion d'épiploon qui, ainsi que nous l'avons dit, forme sa paroi supérieure, une quantité notable de caillots sanguins, très-mous, noirs, présentant çà et là des masses blanches fibrineuses. Ces caillots nagent au milieu d'une sérosité semi-sanguine, semi-purulente. Ecrasés, ils ne présentent nulle part de traces d'embryon ou de débris d'œuf.

Lorsqu'on a détaché l'épiploon de ses adhérences anormales aux organes pelviens et qu'on l'a enlevé, on voit l'intérieur de la tumeur principale formé par une vaste cavité située

entre le rectum, l'utérus et les ligaments larges. Cette cavité, dont la forme reproduit celle qu'a la tumeur à l'extérieur, correspond au cul-de-sac utéro-rectal. Elle pourrait contenir environ 400 gr. de liquide. On y trouve encore des débris de caillots sanguins.

Les parois de la cavité, formées par le rectum en arrière, l'utérus en avant, les ligaments larges sur les côtés, et en haut et à droite la petite tumeur, sont tapissées par une membrane tomenteuse d'une ligne d'épaisseur, intimement adhérente aux parties sous-jacentes, et qui n'est autre que le péritoine épaissi. Par places on aperçoit, à la surface libre de cette membrane une sorte de pellicule grisâtre qui s'en détache facilement par grands lambeaux.

Maintenant, si l'on étudie les différentes parties qui entrent dans les parois de cette cavité, on trouve d'abord, *en arrière*, le rectum, qui ne présente rien de particulier. Quant à l'intestin, la partie de l'intestin grêle qui avoisine le cæcum et l'appendice iléo-cæcal ont seuls, ainsi que nous l'avons dit, contracté quelques adhérences avec la partie latérale droite de la tumeur. — *En avant*, l'utérus est augmenté de volume, surtout dans le sens longitudinal. Son diamètre vertical mesure, du museau de tanche au fond de la face interne, 11 centimètres; son diamètre transversal ne paraît pas beaucoup plus considérable que de coutume. Sa face interne a son aspect ordinaire; le col est largement entrouvert. Les parois du corps ont un peu plus d'épaisseur qu'à l'état sain; mais leur tissu est normal, si ce n'est qu'on trouve à la surface de la coupe des orifices vasculaires plus grands que d'habitude.

Les ligaments larges, si on les considère abstraction faite de leur bord supérieur, ne présentent d'autre altération notable qu'une infiltration séreuse gélatiniforme; de plus ils sont traversés par des vaisseaux dont le calibre paraît élargi.

Les ligaments ronds, tous les deux très vascularisés sont enveloppés de petits vaisseaux variqueux: leurs fibres sont comme dissociées.

L'ovaire gauche a sa position normale: seulement comme tous les organes pelviens, il se trouve immobilisé par le fait de la tumeur et aussi par des adhérences à la trompe. Son volume

est également normal; sa surface ne porte pas de corps jaune ouvert; il laisse échapper gros comme un dé d'un liquide sa-
nieux purulent contenu dans son intérieur².

L'ovaire droit constitue la petite tumeur latérale droite. Si en effet on détache de la partie postérieure et interne de cette tumeur son enveloppe péritonéale, on trouve au-dessous une masse aplatie, étalée, d'un blanc jaunâtre, présentant à sa surface de nombreuses cicatrices étoilées, et constituant les parois d'un kyste dont la face postérieure et interne est la plus épaisse, la plus grande partie de l'ovaire se trouvant rejetée et étalée de ce côté. A la face antérieure et externe, près du bord supérieur de cette tumeur ovarique et confondus avec la paroi, se retrouvent la trompe et son pavillon. Le reste des parois du kyste est constitué par le péritoine du ligament large qui se confond insensiblement d'une part avec la trompe, de l'autre avec l'ovaire désorganisé. Une ouverture placée près du bord supérieur, à sa face postérieure et interne, près de sa partie externe, fait communiquer cette petite tumeur avec l'intérieur de la grande. Cette ouverture arrondie, à bords mousses, a environ 1 centim. de diamètre. L'ovaire droit se trouve incliné en arrière et en dehors, de manière à limiter de ce côté la tumeur médiane.

Si l'on incise le kyste ovarique, on le trouve rempli par un caillot volumineux, allongé, dirigé d'arrière en avant et de dehors en dedans, offrant une base arrondie et assez large, tournée en arrière et en dehors, et adhérent partie à la face externe et antérieure de l'ovaire, partie au pavillon de la trompe, partie enfin au péritoine intermédiaire à ces deux organes; une portion moyenne un peu moins volumineuse que la base, et une extrémité antérieure et interne libre, recourbée en forme de doigt. Ce caillot mesure 6 cent. de longueur sur 2 cent. $1/2$ d'épaisseur à sa base; il va en s'effilant au sommet. Il est d'un noir foncé; incisé dans toute sa longueur, il ne présente pas trace de cavité, ni aucun débris d'ovule. On y rencontre seulement quelques tractus fibrineux blanchâtres. La consistance du reste est ferme, si ce n'est à sa terminaison où il se ramollit. La base du caillot se trouve embrassée dans sa demi-circonférence supérieure par le pavillon de la trompe

droite auquel adhère sa face plane, et qui, ainsi que nous l'avons dit, aide à former le bord supérieur.

Cette trompe droite a sa longueur normale. Elle est plus volumineuse que d'habitude. Sa cavité est libre, comme on s'en assure par l'insufflation. Au voisinage de son insertion térine, le tissu utérin présente un petit foyer purulent gros comme un pois. Le kyste ovarique, quand on l'ouvre, ne contient que le caillot sus mentionné et un peu de sérosité louche.

La trompe gauche ne présente aucune altération si ce n'est qu'elle adhère à l'ovaire par son pavillon.

Rien dans les autres viscères abdominaux, ni dans les organes thoraciques.

Rien dans le cerveau.

Après l'examen de la malade fait aussi complètement que le permettait la gravité de son état, on avait diagnostiqué une péritonite se rattachant à une hématoécèle rétro-utérine.

L'autopsie a montré l'existence :

1° D'un épanchement de sang dans le péritoine;

2° D'une hématoécèle rétro-utérine communiquant avec la cavité péritonéale;

3° D'une tumeur sanguine de l'ovaire droit avec caillot adhérent à la trompe et à l'ovaire; tumeur qui communiquait avec l'hématoécèle.

Le rapprochement des faits de l'autopsie et des signes observés pendant la vie, permet de conclure que la maladie a présenté trois périodes :

1° Période comprenant les six semaines pendant lesquelles a perdu la malade, et correspondant à la formation de la tumeur de l'ovaire droit.

2° Une période comprenant les quatre jours qui précèdent l'entrée à l'hôpital et correspondant à la formation de l'hématoécèle rétro-utérine par suite de la rupture de la tumeur de l'ovaire.

3° Une période comprenant les dernières heures de la vie et répondant à la formation de la péritonite hémorrhagique par suite de la rupture de l'hématoécèle.

En même temps existait un état de congestion inflamma-

toire de tout le système utéro-ovarien que prouvent l'augmentation de volume de l'utérus, la vascularisation du tissu cellulaire des ligaments larges, celle des ligaments ronds, et enfin les deux abcès trouvés dans l'ovaire gauche et auprès de l'orifice utérin de la trompe droite.

Rapport de M. Dubrueil.

Examinons les faits contenus dans cette observation et recherchons s'ils comportent l'interprétation que leur donne le présentateur; si les différents états morbides auxquels on a eu affaire sont bien ceux qu'il indique, et si enfin ils se sont succédés dans l'ordre et le temps qu'il leur assigne.

Et d'abord, de la relation de l'autopsie, ainsi que de l'examen des pièces, quatre faits ressortent incontestablement : à savoir, l'existence d'une péritonite hépatique, d'une hémato-cèle rétro-utérine, d'une tumeur sanguine dépendant de l'ovaire gauche, et enfin d'un état congestif de tout le système utérin parvenu dans deux points jusqu'à l'inflammation suppurative.

Laissant de côté pour le moment la péritonite, je m'occuperai en premier lieu de l'hématocèle; et la première question qui se présente est celle de savoir quelle est la cause de cette hématocèle.

Les auteurs qui ont d'abord étudié spécialement l'hématocèle rétro-utérine, l'ont considérée surtout comme une maladie particulière qu'ils rattachaient à une altération des ovaires portant sur l'ovulation menstruelle. Plus tard, de nouvelles théories pathogéniques surgirent; peu à peu l'on en vint à transformer l'hématocèle en une affection symptomatique, et aujourd'hui la plupart des médecins la regardent comme un symptôme, au même titre que l'hémoptysie ou l'hématémèse, symptômes qu'on rencontre dans des états morbides différents, tels que :

La rupture d'une veine variqueuse du ligament large déversant dans le péritoine le sang qu'elle contient, une exhalation sanguine du péritoine pelvien, une rupture de l'ovaire

ou de la trompe précédemment altérés soit par une congestion ou une inflammation chronique, soit par une dégénérescence vasculaire; un trouble de l'expression cataméniale, à la suite duquel le sang retenu dans l'utérus, reflue par les trompes dans le péritoine; une hypersécrétion sanguine morbide des organes génitaux, liée soit à une pyrexie, soit à un état général grave à une cachexie, ou encore à quelque lésion profonde de l'utérus, des ovaires ou des trompes sans rupture de ces organes; enfin une grossesse extra-utérine.

A laquelle de ces causes peut se rattacher l'hématocèle dans le cas qui nous occupe ?

Nous ferons remarquer en premier lieu qu'un certain nombre d'hypothèses se trouvent exclues par la présence, dans le ligament large droit, d'un kyste hématique, en communication directe avec l'hématocèle, et circonscrit entre les débris de l'ovaire altéré, le péritoine et le pavillon de la trompe restée perméable dans toute son étendue. Dans ces conditions, on ne peut songer, en effet, ni à la rupture d'une veine variqueuse du ligament large, rupture dont l'autopsie n'a fait voir aucune trace; ni à une exhalation sanguine du péritoine, affection tout au moins fort rare, et dont l'existence plutôt admise par analogie que réellement démontrée, ne peut être acceptée qu'en l'absence de toute autre lésion suffisante; ni à un trouble dans l'excrétion cataméniale que ne justifient pas l'intégrité du conduit tubo-utéro-vaginal et son abouchement dans le kyste du ligament large, et qui ne concorderait d'ailleurs nullement avec l'état de la menstruation; ni enfin à une simple hypersécrétion sanguine morbide de la muqueuse utérine ou tubaire qui n'expliquerait pas la formation du kyste ovarien.

Il ne nous reste donc plus à choisir qu'entre une grossesse extra-utérine et rupture de l'ovaire ou de la trompe. Mais si le développement anormal de l'utérus, la congestion de tout le système utérin, le début brusque des premiers accidents et l'existence d'une métrorrhagie persistante peuvent faire penser d'abord à une grossesse extra-utérine, on est vite conduit à rejeter cette idée. En effet, l'observation spécifique formellement que, malgré des recherches minutieuses, on n'a trouvée nulle

part de vestige d'ovule, ni dans le péritoine, ni dans la cavité de l'hématocèle, ni dans le caillot du kyste du ligament large. Ce caillot noir, dense, et ferme dans toute son épaisseur, a été incisé; et on n'y a rencontré ni cavité, ni fausses membranes, ni sac quelconque, derniers débris d'une ovule fécondé. De plus on n'a pu constater aucun signe rationnel de grossesse : la menstruation avait été parfaitement régulière jusqu'à l'époque de la métrorrhagie; et l'apparition de celle-ci a été accompagnée du côté de l'abdomen, de la vessie et du rectum, de phénomènes qui, comme nous le dirons plus tard, indiquent le début de l'hématocèle. Ainsi se trouve écartée l'idée d'une gestation, même utérine, à laquelle du reste ne permet pas de croire l'aspect normal de la face interne de la matrice et du tissu de ses parois.

Nous nous trouvons donc amené à conclure, par exclusion, que chez la femme dont M. Caresme nous a retracé l'histoire, l'hématocèle était produite par une rupture de l'ovaire ou de la trompe en dehors de toute influence puerpérale.

Voyons maintenant lequel de ces deux organes était malade et quelle était sa lésion.

Le kyste développé dans le ligament large du côté droit, était limité en arrière, en dedans et en bas par l'ovaire aplati, étalé, allongé et mesurant à peu près toute la longueur de ce kyste, environ six centimètres, en haut et en dehors par la trompe, partout ailleurs par le péritoine ovarique qui se confondait d'une part avec les bords de l'ovaire déformé qu'il tapissait en arrière, et d'autre part avec les franges du pavillon de la trompe auxquelles il adhérait intimement. Sous son enveloppe péritonéale, la face postéro-interne de l'ovaire offrait les cicatricules, traces normales des menstruations précédentes. En ouvrant le kyste, on trouvait en dehors et en haut le pavillon de la trompe dont les digitations unies au péritoine se confondaient si intimement avec lui qu'il était impossible de les en distinguer, en arrière la face antéro-interne de l'ovaire, étalée comme sa face postérieure, mais non recouverte par le péritoine et complètement lisse. L'orifice abdominal de la trompe était parfaitement libre, ainsi que toute la cavité de ce conduit, comme le démontra l'insuffla-

tion. Sauf un peu d'augmentation de volume, la trompe avait son aspect normal. Le kyste contenait un caillot allongé, adhérent par sa base, partie à la face antéro-externe de l'ovaire, partie au pavillon de la trompe.

Si nous rappelons ces détails de l'observation, c'est qu'il vont nous servir à déterminer le siège primitif de la lésion. Et d'abord, à voir l'aspect presque normal de la trompe dont le volume seul est un peu augmenté, et dont la cavité parfaitement libre ne renferme aucune trace de caillot. il paraît vraisemblable que ce n'est pas sur cet organe qu'a porté la première altération. Mais cette supposition devient plus probable encore, si l'on considère l'état de l'ovaire. En effet, dans l'hypothèse d'un kyste tubaire étant venu, par suite de son développement, s'appliquer sur l'ovaire, y adhérer, et le refouler, on devrait trouver cette glande rejetée en masse sur l'un des points du kyste; mais elle n'aurait pas dû subir la déformation qu'elle présente. Elle ne serait pas ainsi aplatie, allongée, comme étalée par une sorte d'action excentrique. On trouve aussi une nouvelle preuve de ce que j'avance dans l'examen de la face antéro-externe de l'ovaire : car celle-ci n'est pas tapissée par le péritoine qui, après avoir recouvert la face postéro-interne, s'éloigne, au niveau des bords, du parenchyme glandulaire dont il est séparé par le contenu du kyste. Remarquons enfin, que cette face même antéro-externe ne présente pas trace de cicatricules menstruelles, ainsi qu'on en retrouve à la face opposée; qu'elle se montre sous un aspect lisse qui n'est plus celui de la surface de l'organe, mais bien plutôt celui d'une cavité creusée dans son intérieur et aux dépens de son parenchyme.

Nous n'hésiterons donc pas à conclure que le kyste trouvé dans le ligament large droit, a pris naissance dans l'ovaire; qu'à mesure qu'il s'est développé, et par suite aussi de l'évolution menstruelle, le pavillon de la trompe s'est trouvé en contact avec lui, et a fini par y adhérer intimement. Si l'on objecte la conservation de l'orifice abdominal de la trompe qui s'ouvrait directement dans le kyste, nous répondrons que probablement au début il n'en était pas ainsi; que sans doute d'abord cet orifice a été voilé par la paroi correspondante du

kyste; et que plus tard seulement la rupture de cette paroi, vraisemblablement lors des dernières époques menstruelles, a rétabli la libre communication entre l'intérieur du foyer et le conduit tubaire, peut-être en même temps que l'ouverture anormale de la face postérieure et supérieure se produisait et faisait communiquer la cavité ovarique avec le cul de sac utéro-rectal.

Il serait plus difficile de dire exactement dans quel élément de l'ovaire le kyste a pris naissance. Mais, d'après ce que l'on a observé dans la majorité des cas analogues, on peut croire qu'il s'est développé dans une ou plusieurs vésicules de Graaf.

La nature de ce kyste ovarique est révélée par son contenu. On y a trouvé un caillot dense et ferme, nageant dans une sérosité louche. C'est dire qu'il s'est formé à la suite d'un ou de plusieurs épanchements sanguins intra-ovariques, et qu'il rentre dans l'espèce de tumeurs décrites sous le nom d'apoplexie ovarienne.

Quant au mode de formation de cette tumeur hématique, rien, dans l'observation du présentateur ne peut mettre sur la voie. L'état de la malade était tellement grave, qu'elle n'a pu fournir sur ses antécédents que des renseignements incomplets. Tout ce que l'on a pu savoir d'elle, c'est qu'elle était d'ordinaire bien réglée et que jamais elle n'avait éprouvé de symptôme du côté de l'utérus. Toutefois, si l'on se reporte aux faits mentionnés par M. Laugier (1853) et avant lui par M. Till (1853), l'on est en droit de supposer que c'est à propos de l'évolution menstruelle d'un ovule, que ce kyste ovarique a dû commencer de se former; qu'il s'est développé sous une influence analogue, peut-être fort lente et souvent répétée; et que c'est encore la même cause qui a fini par en amener la rupture.

La même incertitude qu'on éprouve à déterminer le mode de formation de la tumeur, reparait à propos de son étiologie. Mais si les données fournies par la malade ne sont pas ici plus concluantes, on trouve dans l'autopsie des indices nouveaux. L'utérus est augmenté de volume; les vaisseaux de ses parois sont élargis. Il en est de même de ceux du ligament large. Les ligaments ronds sont vascularisés. Enfin on ren-

contre deux foyers purulents dans l'ovaire gauche et dans la paroi utérine au voisinage de l'insertion de la trompe droite. En un mot, tout le système utéro-ovarien est le siège d'une congestion sanguine des plus marquées, parvenue même sur deux points jusqu'à l'inflammation suppurative. Et si le développement des vaisseaux du ligament large n'est pas poussé jusqu'à présenter l'aspect variqueux signalé par M. Richet et considéré par lui comme une cause d'hématocèle extra-péritonéale, il n'en a pas moins été tel qu'il s'est produit dans ce ligament une infiltration séreuse. C'est cet état congestif de tous les organes génitaux internes qui est vraisemblablement la cause de l'affection de l'ovaire. C'est du reste la cause que l'on retrouve au début de la plupart des hématocèles par rupture de l'ovaire.

Dans un cas de Pelletan (Clinique chirurg., t. II., p. 106), l'ovaire rompu était couvert de vaisseaux rouges et fort dilatés.

Dans une autre observation relatée dans le journal de Hufeland (novembre 1819, — Bibliothèque médicale, t. CLXX, p. 250), on trouve l'ovaire gauche, celui qui s'était rompu, noir, gangréné, à moitié détruit; le droit fortement enflammé; ses vésicules remplies d'un sang noir et coagulé; l'utérus laissant, lorsqu'on comprime ses parois, suinter, à sa face interne vascularisée, une quantité considérable de sang par une infinité d'orifices vasculaires. Ailleurs (observation de M. Drecq, Journal universel des sciences médicales, 1826, t. XLII, p. 361), l'ovaire rompu avait acquis le volume d'un gros œuf de poule, était noir, enflammé, et son parenchyme ressemblait à celui de la rate d'un individu mort du scorbut.

Dans un autre cas (Luton, Gaz. médic., 1856, p. 76), les deux ovaires sont infiltrés de pus. Déjà, auparavant, des faits semblables avaient été rapportés par M. Laugier. En un mot, dans la plupart des cas où l'hématocèle se liait à une rupture de l'ovaire, c'est-à-dire à une altération primitive de cet organe, on a pu constater un état congestif généralisé du système utérin, ou une inflammation suppurative, ou une dégénérescence avec exagération vasculaire de quelqu'une des parties de ce système. Nous sommes donc autorisés à regarder dans le fait qui nous occupe, la congestion manifeste de

l'utérus, des trompes, des ligaments ronds, des ligaments larges et des ovaires comme la condition qui a amené la production de l'apoplexie ovarienne.

A quoi maintenant tenait cette congestion ? c'est ce que l'insuffisance des renseignements obtenus sur les antécédents de la malade ne permet pas de décider d'une manière positive. La seule cause connue qui pourrait avoir exercé quelque influence, nous paraît être la fréquence des grossesses.

En résumé, de toute cette première partie de la discussion, nous concluons, avec le présentateur, que la malade dont il donne l'observation, a été atteinte d'une hématocele rétro-utérine consécutive à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire : et allant plus loin que lui, nous ajouterons que ce kyste hématique ovarien, s'est produit probablement lors de la menstruation, sous l'influence d'un état congestif de tout le système utérin, état congestif qu'on est en droit de regarder comme la conséquence de grossesses répétées.

Quant à la péritonite hématique qui a marqué le dernier terme de la maladie, il est évident qu'elle est due à une rupture de l'hématocele rétro-utérine. C'est du moins ce que semblent démontrer, et l'absence de toute lésion du système vasculaire abdominal, et la déchirure que présentait la portion adhérente d'épiploon formant la partie supérieure de l'hématocele, et la similitude parfaite des liquides trouvés dans l'abdomen et dans la cavité rétro-utérine. Remarquons seulement que cette péritonite ne s'accompagnait ni de suppuration, ni de formation d'adhérences. C'est, du reste, ce que l'on observe le plus souvent dans les péritonites hématiques généralisées ayant produit la mort à la suite de l'hématocele.

Après ce que nous avons dit précédemment, nous n'insisterons pas sur l'ordre de succession des différentes lésions présentées par la malade. Il est suffisamment indiqué dans l'analyse que nous avons faite. La congestion des organes génitaux a été le premier phénomène. Elle a amené, vraisemblablement sous l'influence de la menstruation, l'épanchement dans le parenchyme de l'ovaire, et, pour préciser davantage, sans doute dans une ou plusieurs vésicules de Graaf,

d'une notable quantité de sang dont une partie s'est coagulée pour former le caillot du kyste hématique, tandis que l'autre partie, restée liquide, s'est fait jour à la fois dans la trompe et dans le cul-de-sac rétro-utérin, où elle a donné naissance à une hématoécèle. Cette hématoécèle a fini par s'ouvrir dans le péritoine et a produit une péritonite hématique rapidement mortelle.

Mais si nous sommes d'accord avec M. Caresme sur l'ordre de succession de ces phénomènes, nous ne partageons pas son opinion quant à l'époque de leur apparition.

M. Caresme pense, en effet, que les six semaines écoulées depuis l'apparition de la métrorrhagie jusqu'au début des accidents suraigus, correspondent au développement de l'apoplexie ovarienne ; tandis que les quatre derniers jours de la vie répondraient à la formation de l'hématoécèle et les dernières heures qui ont précédé la mort à la production de la péritonite hématique.

Tel n'est pas notre avis. Nous croyons que l'hématoécèle est d'une date beaucoup plus ancienne ; pour nous, elle remonte à l'apparition des premiers phénomènes morbides, c'est-à-dire au début de la métrorrhagie. On ne saurait admettre en effet que des adhérences aussi solides que celles de l'épiploon à la partie supérieure de la cavité rétro-utérine, et surtout que celles du cœcum et de son appendice qui n'ont pu être détachés en totalité, se soient produites dans un espace de quatre jours. De plus, les symptômes qui ont accompagné le début de la métrorrhagie sont tout à fait ceux que l'on a indiqués pour l'hématoécèle : douleur vive dans l'abdomen et surtout à l'hypogastre ; gêne de la défécation et de la miction ; état progressif d'anémie caractérisé par la perte de l'appétit et une faiblesse toujours croissante. Si l'en objecte la persistance de la métrorrhagie qui, comme nous le verrons plus loin, est un phénomène très rare dans les cas d'hématoécèle produits par apoplexie ovarienne, nous répondrons que, eu égard à la perméabilité parfaite du conduit tubo-utéro-vaginal, il n'est pas étonnant que du sang, s'étant épanché dans le kyste ovarique en quantité assez notable pour produire des pertes utérines

considérables, ait en même temps perforé le kyste à sa paroi postérieure et se soit fait jour dans le péritoine.

Du reste, cette hématoçèle est évidemment postérieure et de beaucoup, à la formation du kyste ovarique. Car d'un côté la décoloration du liquide contenu dans le kyste ovarien, la fermeté du caillot qu'il renferme ; sa couleur, sa forme régulière, l'intimité de ses adhérences à une des franges du pavillon tubaire, au péritoine ovarien décollé et à la face antéro-externe de l'ovaire désorganisé, comportent une origine plus ancienne que celle indiquée par les caillots mous, noirâtres, nageant dans un liquide semi-sanguinolent, qu'on rencontre dans l'hématoçèle. D'un autre côté, on comprendrait difficilement que le caillot ovarique ait pu atteindre le degré d'organisation qu'il présente, dans un kyste communiquant largement sur deux points différents avec deux grandes cavités comme l'utérus et le péritoine. Il nous semble beaucoup plus probable qu'il a dû se former antérieurement à la perforation du kyste. Mais il est impossible de préciser l'époque de cette formation, à cause de l'absence de renseignements fournis par la femme sur ses antécédents. Nous dirons seulement que probablement, il y a eu une formation successive, en rapport avec les évolutions menstruelles, comme cela a été signalé dans un grand nombre d'observations analogues.

Il serait plus difficile encore de fixer le début de la congestion péri-utérine. C'est un phénomène qui de sa nature a une marche essentiellement lente. Toutefois en partant de l'hypothèse que nous avons émise, qu'elle était due à des grossesses répétées, nous sommes en droit de penser que cette congestion a dû augmenter à chaque période menstruelle, et surtout à chaque gestation. Nous remarquerons que quelques-uns des phénomènes par lesquels elle s'est traduite, tels que les abcès de l'utérus et de l'ovaire gauche, doivent être de date plus récente.

Quant à la péritonite hématique, nous sommes tout prêts à reconnaître qu'elle a dû avoir une marche fort rapide, d'abord parce qu'il en est généralement ainsi dans les affections de ce genre promptement mortelles ; ensuite parce qu'on n'a trouvé

dans le péritoine ni pus, ni fausse membrane qu'on puisse rattacher à l'épanchement intra-péritonéal. Nous croyons cependant devoir la faire remonter aux quatre derniers jours de la vie, au moment où l'on vit tout d'un coup survenir ces phénomènes suraigus : fièvre intense, vomissements, douleur atroce de l'abdomen, face grippée, qui n'ont fait que croître progressivement jusqu'à la mort.

De tout ce qui précède, nous concluons donc que dans le cas qui nous occupe, la malade a succombé à une péritonite hématiche survenue quatre jours avant la mort ; que cette péritonite due à la rupture d'une hématocele rétro-utérine datait d'environ six semaines, hématocele consécutive à une apoplexie ovarienne. Quant à cette dernière affection, produite sans doute progressivement, et en corrélation avec les fonctions menstruelles, elle a débuté à une époque qu'on ne peut fixer ; elle paraît se lier à un état congestif ancien du système utérin dont nous trouvons la cause dans des grossesses répétées.

Avant de terminer, il est deux points de l'observation de M. Caresme sur lesquels nous devons plus spécialement appeler l'attention. Nous signalerons d'abord la rareté, en dehors de la gestation *extra* ou *intra*-utérine, des hématoceles liées à une rupture de l'ovaire. Considérée par les auteurs qui se sont d'abord occupés de la question et d'après une des premières théories émises, comme la source à peu près unique des épanchements pelvi-péritonéaux chez la femme, la rupture de l'ovaire a été regardée depuis par certains médecins comme l'un des modes pathogéniques de l'hémotocèle les moins fréquents. C'est ainsi que M. Bernütz écrivait, en 1860, (Bernütz et Goupil. Clin. médic. des maladies des femmes, p. 405), qu'il n'y avait à sa connaissance que cinq cas qui pussent légitimement être considérés comme des exemples de rupture de l'ovaire, non puerpérale.

Il est un second fait sur lequel nous insisterons, parcequ'il est plus rare encore : je veux parler de la persistance de la métrorrhagie depuis le début des premiers accidents jusqu'à la mort. Ce symptôme, suivant certains auteurs, est tellement rare dans les cas d'hématocele dus à une rupture de l'ovaire,

que le même médecin dont nous parlions plus haut, M. Bernütz, le considère presque comme devant faire exclure l'idée, de lésion ovarique. Il s'appuie sur l'étude des cinq observations qu'il regarde seules comme des exemples de rupture de l'ovaire; et il s'en sert pour combattre l'opinion contraire, émise par les premiers auteurs qui se sont occupés de la question, et entre autres par M. Laugier, (Comptes rendus de l'académie des sciences, 26 février, 1855; t. XL. p. 457.)

Dans ces derniers temps, la *Gazette des hôpitaux* (samedi, 3 septembre 1864), précisément à propos de l'observation que nous rapportons, a mentionné deux cas qui lui ont été communiqués par M. Letenneur de Nantes, et dans lesquels l'écoulement sanguin utérin a longtemps persisté. Seulement comme les malades ont guéri, il n'est pas prouvé que, dans ces cas, on ait eu affaire à une hématocele liée à une rupture de l'ovaire. Or, si, dans cette variété de l'hématocele, les pertes utérines persistantes sont l'exception, elles deviennent la règle dans une autre variété due à l'hypersécrétion sanguine morbide des muqueuses génitales; et elles offrent alors ceci de remarquable qu'elles peuvent, dans un certain nombre de cas, être assez considérables, sans affaiblir notablement la malade. Au contraire, les épanchements sanguins *intra* ou *extra* abdominaux provenant de l'ovaire, sont une cause puissante d'anémie. Notons que l'auteur de l'article de la *Gazette des hôpitaux* que nous venons de mentionner, indique la métrorrhagie comme pouvant devenir un moyen de guérison spontanée de l'hématocele, en vidant sa cavité.

Rapport de M. BROUARDEL, sur un cas d'atrophie des organes génitaux de l'homme, présenté à la Société anatomique par M. Edouard CRUVEILHIER.

Il est une espèce d'atrophie des organes génitaux de l'homme sur laquelle l'attention a été attirée pendant ces dernières années. Aussi, sur ce sujet, les matériaux se trouvent-ils accumulés dans la science avec une sorte de profusion, je veux

parler de l'atrophie par suite du défaut de migration du testicule. Les plus beaux travaux récents sont dus à deux des membres de la Société anatomique, M. Follin, qui en 1851 publia un Mémoire sur les anomalies de position et les atrophies du testicule; le second est de notre regretté collègue Godard, qui, dans une série de travaux a tout-à-fait élucidé la question de la monorchidie et de la cryptorchidie.

Il est une autre espèce d'atrophie moins commune ou plutôt dont on s'est moins occupé. c'est l'atrophie simple, non congéniale, qui ne reconnaît pour cause que l'absence de la brusque impulsion que subissent les organes génitaux au moment de la puberté.

On peut donc subdiviser les atrophies en congéniales ou ectopiques et en non congéniales; et, parmi ces dernières, en admettre de simples et de compliquées par la présence de produits pathologiques. Cette variété ne nous occupera pas. Il faut ajouter cependant que, bien que les atrophies congéniales s'accompagnent le plus ordinairement d'ectopiques, il peut se faire que la migration du testicule s'accomplisse quelque temps après sa naissance: dans ce cas, l'atrophie congénitale cessera d'être accompagnée d'ectopie. Le fait dont nous nous occupons est un cas d'atrophie simple des organes génitaux de l'homme.

Il s'agit d'abord de bien délimiter le sujet, et, pour cela, nous admettrons plusieurs degrés de cette atrophie.

Dans le premier, que nous appellerons, avec M. le professeur Cruveilhier, atrophie par macilence, les éléments du tissu n'ont subi aucune altération. C'est à peu près l'anémie testiculaire de M. Gosselin. Nous trouvons le second degré décrit par M. Cruveilhier, sous le nom de transformation celluleuse ou grasseuse. Nous ne ferons que remplacer le mot de transformation par celui de substitution, qui cadre mieux avec les idées modernes.

Enfin, nous décrirons, comme troisième degré, les cas dans lesquels il y a absence d'une portion des voies génitales.

Je vais montrer qu'à chacun de ces degrés correspondent des faits qui justifient cette division.

Parmi les cas de l'atrophie par macilence, nous trouvons,

dans les Bulletins de la Société anatomique seule, trois faits dus l'un à M. Denonvilliers, le second à M. Broca, le troisième à M. Dufour. Godard, dans son mémoire sur la substitution graisseuse du rein, rapporte l'observation du nommé Harel, chez lequel une atrophie du testicule s'accompagnait d'un développement moindre d'une des moitiés du corps ; c'est à cette catégorie que se rattache le fait dont je viens faire l'analyse. Le deuxième degré, c'est-à-dire l'atrophie avec substitution celluleuse ou graisseuse, s'est présenté à l'observation de M. Follin, en 1850. Il s'agissait, dans ce cas, d'une transformation celluleuse. Notre regretté collègue Dufour a rapporté un exemple de substitution graisseuse à son début : les tubes séminifères se trouvaient, en effet, infiltrés de gouttelettes graisseuses.

Le cas de Bixinaer, cité par M. Cruveilhier dans son Anatomie pathologique, et relaté par M. Gosselin, est aussi un exemple de ce second degré de l'atrophie testiculaire.

Le troisième degré, je veux parler de l'atrophie, avec absence d'une des parties des voies séminales, a été étudiée avec plus de soin. Lorsqu'on parcourt les faits assez nombreux consignés dans la science, on est frappé d'un fait qui me paraît avoir son intérêt, c'est que l'absence d'une partie des voies génitales peut se montrer alors que le testicule existe.

Que, le testicule manquant, comme dans le cas de Blandin, cité par M. Cruveilhier, on ne trouve ni cordon, ni vésicule séminale ; que, le testicule manquant encore, on voie le canal déférent se termine brusquement au-dessus d'un cul-de-sac séreux, et ne pouvoir être suivi au-delà de l'orifice abdominal comme chez ce fœtus de quatre mois, disséqué par Godard, cela n'a rien de bien surprenant. L'imperfection des voies spermatiques, alors que la glande est absente, n'a rien qui choque nos idées physiologiques : mais que, le testicule existant comme dans le cas rapporté par Gérard Vroliq, ces portions inguinale et abdominale du canal déférent, ainsi que la vésicule séminale aient manqué, cela nous montre bien qu'il y a dans le développement des diverses parties d'un même appareil une certaine indépendance.

La première question à étudier est celle du volume. La di-

minution de volume. La diminution de volume est très variable; et cela tient sans doute à ce qu'il est difficile de s'entendre sur le volume d'une glande aussi sujette à varier que le testicule. Tandis que nous voyons Meckel fixer à 16 gr. le poids d'un testicule normal, Cooper élever ce poids jusqu'à 32 gr., Curling accepte une moyenne de 20 gr., et ne considère même comme atrophié nettement que le testicule dont le poids est inférieur à 10 gr.

Dans notre observation le plus grand diamètre de la glande était de 15 millimètres, et son poids n'était que de 3 gr., ce qui est plus intéressant pour nous que le volume absolu des diverses parties des voies génitales, c'est leur volume relatif. En envisageant la question sous ce point de vue, nous nous trouvons en face de résultats qui manquent de concordance. Tandis, en effet, que Godard nous rapporte une observation dans laquelle l'atrophie testiculaire s'accompagnait d'un arrêt de développement de tout un côté du corps, tandis que dans la plupart des cas nous trouvons qu'à la diminution de volume du testicule correspond une diminution de volume du canal déférent, de la vésicule séminale, et même comme dans le cas du nommé Pellurd, du lobe correspondant de la prostate, atrophie prostatique à laquelle se joignait une atrophie de la glande de Cowper, dans l'observation publiée en 1849 par M. Broca, nous voyons au contraire que dans le cas présenté par M. Follin en 1850 à cette Société, la vésicule séminale du côté où manquait le testicule, présente le même volume que du côté opposé. Je dis que ce dernier fait a raison de nous étonner : car dans toutes les autres observations la vésicule séminale suit dans son arrêt de développement l'arrêt de développement de la glande spermatique.

La verge subit aussi une atrophie proportionnelle à celle des testicules, M. Ed. Cruveilhier a remarqué comme M. Broca que les muscles ischio-caverneux avaient presque complètement disparu; il a voulu savoir quelle était l'influence de la diminution de volume de la verge sur la longueur du canal de l'urètre. M. Malgaigne dit, en effet, dans son Anatomie chirurgicale que la diminution de la portion pendante de l'urètre influe très peu sur la longueur totale du canal. Dans l'ob-

servation que j'analyse, la portion pendante de la verge n'était que de 0,04, et la longueur totale du canal mesuré par la méthode de M. Malgaigne, c'est-à-dire à l'aide d'un fil qui glisse dans l'urètre sans y exercer de tiraillement, n'a été que de dix centim.; il y avait donc une diminution de longueur du canal de 5 à 6 cent.

La forme de l'épididyme était dans notre observation intéressante à noter : les circonvolutions, réunies en un globe étaient dissociées : aussi l'épididyme était-il très long et décrivait il plusieurs courbures en sens inverse. Le canal déférent n'offrait que le tiers à peine de son volume normal, et les vésicules séminales, longues et grêles, avaient à peine le 5° ou le 6° de leur volume. La prostate offrait aussi une diminution notable, puisque ses diamètres n'avaient que le tiers de ses diamètres habituels.

La structure du testicule offre une particularité intéressante, c'est que les tubes séminifères, au lieu de présenter les grosses cellules épithéliales nommées ovules mâles par M. le professeur Robin, offrent un épithélium nucléaire comme chez l'enfant : je n'ai pas besoin d'ajouter qu'on n'a pas rencontré de spermatozoïdes dans l'épididyme, le canal déférent et les vésicules séminales.

La physionomie du sujet avait une expression qui frappa les personnes appelées à voir le malade aussi bien pendant sa vie qu'après sa mort, il avait l'apparence d'une vieille femme, bien qu'il n'eût que 32 ans.

La petitesse bien constatée du larynx dont malheureusement on n'a pas mesuré les diamètres venait rendre raison du timbre tout spécial de la voix, timbre assez caractéristique pour avoir attiré l'attention sur les organes génitaux.

La peau était glabre; à peine quelques poils existaient-ils au niveau du pénil et sous les aisselles; ces poils étaient assez longs et non frisés comme avant la puberté : le tissu adipeux et la mamelle n'étaient pas développés. Ajoutons qu'un des internes de service de M. Laugier, chez lequel la malade avait séjourné quelque temps, nous a dit tenir du malade qu'il était absolument impropre au coït.

Je terminerai par une remarque intéressante que je trouve

dans l'observation de M. E. Cruveilhier, qui peut être le point de départ de recherches curieuses.

En disséquant la pièce, le présentateur fut frappé du peu de volume de la vessie, la poche urinaire semblait avoir subi un arrêt de développement analogue à l'arrêt de développement de la portion génitale des voies génito-urinaires. Il est dit en effet que le volume de la vessie distendue n'était guère que le tiers d'une vessie ordinaire : ne paraît-il pas y avoir là, ainsi que le fait remarquer le présentateur, une preuve de la relation intime qui unit entre eux les organes génito-urinaires : malheureusement les reins du sujet avaient été enlevés, et l'on ne put constater si leur développement avait subi un arrêt analogue. M. E. Cruveilhier fait remarquer de plus que dans les recherches tératologiques de Godard, on rencontre le cas du nommé Pellard chez lequel il est signalé qu'avec l'absence du testicule, de l'épididyme, du canal déférent, de la vésicule séminale, du lobe gauche de la prostate coïncidait une absence du rein et de l'uretère du côté correspondant. Godard a du reste consacré une planche à cet arrêt curieux de développement.

SUR LA PATHOGÉNIE DES HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES INTRA-ARACHNOÏDIENNES.

par M. le Dr LABORDE.

(Rapport sur les présentations faites à la Société, par M. MAGNAN.)

Deux théories principales se disputent la pathogénie des hémorrhagies intra-arachnoïdiennes :

L'une, dans laquelle une pseudo-membrane préexistante, fruit d'une irritation plastique primitive, devient l'occasion et la source d'une hémorrhagie, par conséquent consécutive, secondaire, dont ladite pseudo-membrane constitue l'enveloppe anticipée;

L'autre, dans laquelle une hémorrhagie se produisant *pri-*

mitivement est le point de départ ou mieux l'*occasion* d'une exsudation membraneuse consécutive, laquelle constitue un sang épanché, une enveloppe kystique.

Ces deux théories régnaient paisiblement et sans jalousie, lorsqu'il y a trois ans la première, prise d'une ambition subite se produisit ici, sous un déguisement germanique, avec des prétentions contre lesquelles j'essayai de réagir.

Cette réaction n'a pas été sans porter quelques fruits, si j'en juge par une publication très étendue faite, depuis sur ce sujet, dans les Archives de médecine de 1862 : dans ce travail, M. Lancereaux a sensiblement modifié ses idées en ce qu'elles avaient d'*exclusif*, et, bien qu'il s'attache à décrire plus particulièrement les hémorrhagies consécutives à une production néo-membraneuse, antécédente, il n'en admet pas moins en principe, puisqu'il le fait rentrer dans le cadre de ses divisions, le mode pathogénique qu'il était tout d'abord disposé à mettre complètement hors de cause (1). Mais pourquoi ne pas conserver intact le mérite de revenir à la vérité, et vouloir faire partager aux autres la persuasion illusoire qu'elle ne s'est pas trompée. En cherchant des témoignages en sa faveur dans de prétendues *conversions* opérées par lui, M. Lancereaux s'est exposé à quelques erreurs de citation :

« Voici, dit M. Lancereaux, comment s'exprimait récemment l'un de nos *principaux argumentateurs* (cet argumentateur, c'est Marcé de si regrettable mémoire) :

«.... Pendant longtemps, (c'est Marcé qui parle) on a regardé les membranes comme le résultat direct de la transformation d'un caillot méningé, opinion qui maintenant ne pourrait être soutenue, car d'un côté, les blastèmes ne sont pas formés de fibrine pure, comme le pensait Hunter... et de l'autre, le sérum albumineux se résorbe très-vite...

« L'opinion la mieux pensée et la plus généralement admise consiste à regarder ces fausses membranes comme un produit de sécrétion du feuillet pariétal de l'arachnoïde; si elles sont

(1) Voyez : Note sur les kystes sanguins de l'arachnoïde, etc. (*Bulletin de la Société anatomique*).

souvent rougeâtres et infiltrées de globules sanguins, c'est qu'il s'est produit au milieu d'elles de petites hémorrhagies dues à la rupture de quelques-uns de ces vaisseaux que les congestions habituelles de l'encéphale développent entre la dure-mère et la séreuse...

Là s'arrête tout court la citation de M. Lancereaux; et cependant il ne reste *qu'une ligne et demie*, pour compléter l'alinéa : « *tantôt*, ajoute Marcé, *l'exsudation plastique et l'hémorrhagie se font en même temps, tantôt l'une précède l'autre.* »

Tout près de cette ligne, et sans qu'il soit même besoin de tourner la page, nous lisons : (toujours dans le livre de Marcé) : « ces kystes (arachnoïdiens ont une origine *variable* : tantôt ils sont formés par un épanchement sanguin qui, s'étant produit dans la cavité arachnoïdienne, détermine une inflammation de la séreuse au niveau des points avec lesquels il est en contact; la lymphe plastique s'organise autour du caillot *et lui ferme son enveloppe kystique* qui peut acquérir, à la longue, de la consistance et de l'épaisseur, bientôt, au contraire, le sang en s'épanchant, décolle une néo-membrane appliquée sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et une nouvelle lame membraneuse se forme à la partie supérieure de l'épanchement et complète l'enveloppe... » Il faut noter que, même dans ce dernier cas, la fausse membrane est toujours, pour Marcé « le résultat d'un kyste sanguin dont le contenu s'est résorbé et dont les parois se sont adossées. » (1)

Telle est la citation *complète*.

Quant à la conversion de M. Brunet, nous n'en disons rien : il a déclaré lui-même que sa religion avait été surprise, et répudie ce qui lui avait été un peu trop gratuitement prêté (1).

En somme, où en est, aujourd'hui la question de la pathogénie des hémorrhagies intra-arachnoïdiennes? Elle en est à son point de départ, ou du moins elle tend à y être ramenée, au grand profit de la vérité : elle est sauvée de la voie unique et exclusive dans laquelle, on essayait de la pousser, tout le monde convient aujourd'hui; et M. Magnan aura puissamment

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, p. 464-465.

(1) Voir la lettre de M. Brunet dans la *Gazette des hôpitaux*, de 1862.

contribué par ses présentations à hâter quelques convictions attardées; tout le monde convient que le mode de formation des kystes hématiques de l'arachnoïde est variable, mais qu'il y en a deux essentiels :

1° L'un dans lequel l'hémorrhagie primitivement faite devient le point de départ d'une production membraneuse kystiforme ;

2° L'autre dans lequel l'épanchement sanguin se produit consécutivement, *secondairement* dans une pseudo-membrane préexistante, soit que la source de l'hémorrhagie se trouve dans cette dernière, soit qu'elle se trouve ailleurs : cette petite distinction, pour le dire de suite, n'est pas sans importance ; nous allons y revenir.

Mais sans aller plus loin, j'avouerai sincèrement, et je suis heureux de montrer par cet ordre ce qui me concerne, j'en n'ai dans cette question, d'autre mobile que celui que m'inspirent les intérêts de la science. J'avouerai que je suis disposé aujourd'hui à accorder au second mode pathogénique, celui de l'hémorrhagie secondaire ou consécutive, une plus grande part que lors de notre première discussion : Je me sens un peu plus édifié sur la réalité de la vascularisation de certaines pseudo-membranes au moment de la production de l'hémorrhagie, bien que, même dans ces conditions de possibilité, le mécanisme de cette hémorrhagie me paraisse plus difficile à saisir que ne le pensent certains auteurs. Rien de plus simple, par exemple, à l'entendre dire, que le décollement partiel d'une néo-membrane à feuillets superposés, décollement par lequel on cherche à appliquer l'enkysement consécutif de l'hémorrhagie. Mais songez qu'ils s'agit dans ces circonstances de toutes petites hémorrhagies disséminées, dépassant à peine dans beaucoup de cas, le degré d'une ecchymose ; est-il possible, en vérité, qu'une aussi minime quantité de sang d'émanation *capillaire*, s'épanchant peu à peu, tranquillement, en quelque sorte, et non pas à la manière de ces *raptus* violents qui déchirent et détruisent tout sur leur passage, ait une suffisante force d'expansion pour effectuer un décollement que l'on ne produit souvent sur le cadavre qu'à l'aide de fortes tractions ? Il me paraît que l'on n'a pas suffisamment

tenu compte, à cet égard, d'un mécanisme dont la réalité s'est plus d'une fois révélée à nous, que nous semblent démontrer quelques-unes des pièces de M. Magnan, ce que M. Marcé avait parfaitement compris et exprimé. (Voyez la citation ci-dessus empruntée à cet auteur).

Il y a dans ce mécanisme, la réunion des deux modes pathogéniques ; mais il n'en faut pas moins remonter à une *hémorrhagie primitive* pour expliquer et comprendre l'existence de la première pseudo-membrane, laquelle peut devenir, à son tour, l'occasion et la source d'un nouvel épanchement sanguin.

Il serait difficile de trouver une preuve plus frappante de la réalité des hémorrhagies primitives et précédant l'exsudation membraneuse, que celle qui ressort du fait suivant communiqué par M. Magnan : il s'agit d'un vieillard cachectique et ayant présenté une véritable diathèse hémorrhagique avec manifestations multiples : taches de purpura sur le corps, épistaxis, hémoptysies, etc. ; à l'autopsie : extravasations sanguines dans le péritoine, suffusions hématiques le long de tout le tube digestif, et dans l'épaisseur de la capsule des reins ; petits noyaux apoplectiques dans la rate et dans les poumons ; enfin (et ceci surtout appelle l'attention) hémorrhagie en nappe dans la cavité arachnoïdienne, sur la convexité des hémisphères, de chaque côté de la grande faux cérébrale : en voyant la pièce anatomique, on assiste, pour ainsi dire, au mécanisme de l'hémorrhagie ; il se révélerait de lui-même si l'on n'avait de plus l'important témoignage de la cause générale qui a présidé à la production de ces épanchements multiples ; et je ne les ai pas tous énumérés : il y avait aussi des caillots dans les corps calleux. On aperçoit distinctement une exsudation commençante à la face interne de la dure-mère, surtout à gauche ; c'est comme le premier degré de la néo-membraneuse consécutive ; elle en présente la constitution la plus simple, la plus élémentaire, sans trace d'organisation vasculaire, que n'a pas permise évidemment la mort trop prompte du malade.

Eh ! bien, supposez que l'on n'eût pas assisté à toutes les manifestations, et que la mort différée de cet homme n'eût pas

permis de prendre sur le fait, en quelque sorte, le mode de production de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, ni de remonter aux antécédents du malade, que serait-il advenu ? Livrée au hasard d'une autopsie tardive, l'interprétation de la pseudo-membrane qui aurait persisté en passant par les degrés successifs d'une organisation plus avancée, tandis que le sang aurait subi le travail de résorption habituel, cette interprétation, dis-je, eût pu être parfaitement adaptée à la théorie de la préexistence de la néo-membrane ! Que d'erreurs de ce genre doivent être et avoir été commises !

Il s'est produit dans ces derniers temps un certain nombre de faits semblables qu'il me suffira de rappeler, puisqu'ils sont destinés à enrichir nos bulletins : tel est celui qui vous a été communiqué par notre collègue M. Fritz, et dans lequel l'antériorité de l'hémorrhagie était évidente ; telle est encore la remarquable observation qui vous était dernièrement soumise par M. Magnan, d'une vaste hémorrhagie suite de traumatisme. siégeant entre la dure-mère de la calotte crânienne ; malgré son origine toute accidentelle, et son siège différent de celui des kystes hématiques intra-arachnoïdiens, cet état morbide était, par son processus, singulièrement de nature à éclairer la pathogénie de ces derniers ; on y voyait, en effet, l'énorme caillot sanguin entouré par un commencement d'exsudation entièrement assimilable à celle que je décrivais tout à l'heure.

Je possède depuis longtemps dans mes cartons un fait dont la signification, au point de vue qui nous occupe, est exceptionnelle, tant elle est capitale : Je n'attendais qu'une occasion propice de le faire connaître ; je ne pouvais en rechercher une meilleure :

Le 21 octobre 1860 fut transporté à l'infirmerie de Bicêtre, salle St André n° 8, (service de M. Léger) le nommé Souriau (Louis Marie), âgé de 71 ans. On raconte, car il est impossible au malade de rendre compte lui-même de ce qui lui est arrivé, on raconte qu'il a perdu subitement connaissance, sans cause occasionnelle appréciable.

A la visite du matin, c'est-à-dire quelques heures après l'accident, le malade est trouvé dans l'état suivant : la face

est rouge, congestionnée, un peu vultueuse, il est plongé dans une espèce de somnolence, d'où il ne sort qu'à de très longs intervalles, pour se livrer alors à quelques rapides mouvements d'agitation. Il murmure plutôt qu'il n'articule les réponses vagues qu'on parvient à lui arracher; cependant il accuse assez nettement une céphalalgie violente et généralisée; ses paupières paraissent lourdes et ne sont qu'entrouvertes, la pupille est normale. Il n'y a pas de déviation appréciable de la langue ni des traits de la face. Les membres exécutent encore quelques mouvements irréguliers, partout leur paralysie n'est point complète: une légère excitation à la peau provoque son action réflexe, quelques secousses convulsives; la sensibilité tactile générale est d'ailleurs à peu près conservée. La température de la peau et la fréquence du pouls qui, du reste, est fort, ample et régulier, annoncent un léger mouvement fébrile. De plus, à l'exagération de l'impulsion cardiaque, au caractère sourd des bruits du cœur, à l'étendue anormale de la matité précordiale, il est facile de reconnaître l'existence d'un degré moyen d'hypertrophie de cet organe. Enfin il y a des signes non douteux d'emphysème pulmonaire et de catharre chronique; ajoutons qu'il y a eu la nuit passée évacuation involontaire de fèces.

L'on prescrit: une saignée locale de trois palettes au moyen de quatre ventouses scarifiées appliquées à la nuque; une bouteille d'eau de sedlitz à prendre demain matin; deux bouillons.

Le lendemain matin, 21 le faciès est moins vultueux, la céphalalgie moins violente, et la torpeur intellectuelle moins prononcée. Il y a encore quelques mouvements désordonnés et même convulsifs. Le malade serre faiblement mais également avec les deux mains. Le pouls est moins fort, mais la peau encore très chaude. Il est possible, aujourd'hui, de recueillir de la bouche du malade lui-même, les renseignements suivants:

Il y a plusieurs mois déjà que ses jambes ont commencé à s'affaiblir: il sentait en même temps comme un engourdissement général; il était sujet à des maux de tête et à des vertiges, lesquels augmentaient progressivement en fréquence et

en intensité. Plusieurs fois même, il lui est arrivé de tomber au milieu d'un étourdissement; mais l'accident n'était que passager et ne s'accompagnait ni de perte de l'intelligence, ni de perte de la motilité. Cependant, il y a environ six semaines, les accès ont été plus loin : il a perdu, dit-il, subitement et complètement connaissance et a été transporté à l'hôpital Lariboisière. Là une saignée du bras lui a été pratiquée. Il a rapidement repris ses sens, mais en réalité, il ne s'est pas complètement remis de cet accident, et a conservé, depuis, un engourdissement considérable et une tendance très marquée au sommeil. C'est dans ces circonstances que s'est produit le nouvel événement qui l'a amené à l'infirmerie.

Les jours suivants et jusqu'au 28 octobre, l'état cérébral reste stationnaire.

Mais du 29 au 31, il y a une aggravation de phénomènes, marquée surtout par une céphalalgie très violente, une tendance croissante à la somnolence, et même à la torpeur, et une notable roideur musculaire.

Le 1^{er} novembre, éclatent des convulsions spontanées et passagères dans le bras droit; puis le malade tombe presque immédiatement, et sans autre phénomène intermédiaire, dans un état voisin du coma.

Le lendemain, le coma est absolu, et cependant il existe une contracture généralisée des membres nécessitant, pour être vaincue, des efforts assez considérables. Une sorte d'écume s'écoule en même temps par les commissures labiales. — Râle trachéal. — Mort dans la journée.

A l'autopsie cadavérique, pratiquée trente-six heures après la mort, le 4 novembre, voici ce que l'on a pu constater du côté de la boîte crânienne, dont l'examen devait tout particulièrement attirer l'attention : La calotte crânienne étant enlevée, et l'incision habituelle pour dégager la dure-mère étant faite de chaque côté de la faux cérébrale, l'on éprouve pour détacher cette membrane, une résistance insolite, surtout du côté droit. C'est qu'en effet, on venait de rompre de ce côté de faibles adhérences établies entre les méninges et une pseudo-membrane, sous laquelle on sentit tout aussitôt la fluctuation particulière aux kystes sanguins de l'arachnoïde. Le kyste,

car c'en était un, recouvrait la face supérieure de l'hémisphère droit dans sa plus grande étendue. Il fut détaché assez facilement des parties avec lesquelles il se trouvait en contact, si ce n'est, pourtant, qu'il fallut user de quelques précautions, pour déchirer une bride celluleuse qui unissait un prolongement du kyste, à la partie externe et inférieure de l'apophyse d'Ingrassias.

La forme de la poche kystique, à part l'espèce de diverticule dont il vient d'être question, est celle d'un ovoïde fortement aplati, suivant son grand axe et à petite extrémité tournée en avant, elle a quinze centimètres de long, neuf centim. dans sa plus grande largeur, et trois cent. et demi dans sa plus grande épaisseur. Son poids est de deux cent-vingt grammes. La surface extérieure et les portions des méninges avec lesquelles elle se trouvait en rapport, sont tapissées de filaments celluloux lacérés par l'isolement du kyste. L'enveloppe pseudomembraneuse a environ un millimètre d'épaisseur, et sa face interne a l'aspect des membranes sereuses. Elle contient quelques caillots fibrineux, beaucoup de caillots noirs, les uns compacts, les autres diffluent; le reste est constitué par du sang liquide plus ou moins altéré dans son aspect.

Tel était l'état des choses du côté droit, mais à gauche, l'incision de la dure-mère fit découvrir également dans la cavité arachnoïdienne, un épanchement sanguin constitué en large nappe, symétrique par son siège et par ses dimensions en longueur et largeur du kyste trouvé sur l'hémisphère droit et plus haut décrit; mais ici le sang à demi congelé se présentait immédiatement à la vue et au toucher sans être entouré d'enveloppe kystique d'aucune espèce. Les caillots partiels qui constituaient cet épanchement, étaient comme plaqués aux deux faces viscérale et pariétale de l'arachnoïde, et quand les deux feuillets de celle-ci eussent été séparés, les sus-dits caillots se trouvèrent à peu près également distribués sur l'un et sur l'autre. Chose remarquable ! l'on ne rencontre pas trace de sang liquide, de ce côté, à la surface des hémisphères; mais il en existe une quantité relativement considérable dans les parties déclives de la cavité arachnoïdienne, où il s'est très probablement écoulé. L'on recherche très minu-

tiusement, mais en vain. où se trouvait la rupture vasculaire qui avait dû donner lieu à l'hémorrhagie. Puis, les méninges (dure-mère et arachnoïde), furent enlevées avec les caillots et soumises à l'action d'un filet d'eau; le sang coagulé se détacha peu à peu, mais une injection assez vive persista au niveau de son contact avec les faces, tant viscérale que pariétale de l'arachnoïde. Ces précautions n'arrivèrent pas davantage à décélérer la présence d'une fausse membrane.

Quant à l'état des circonvolutions cérébrales, du côté droit, c'est-à-dire du côté correspondant au kyste sanguin, elles sont d'une consistance beaucoup plus ferme qu'à l'état normal : elles sont comme tassées les unes sur les autres, au point qu'il est très difficile d'enlever la pie-mère de leurs anfractuosités : la face externe de l'hémisphère offre, au lieu de sa convexité ordinaire une concavité sur laquelle presse et se moule le kyste sanguin. Enfin, à la coupe, la substance blanche présente l'aspect piqueté.

Indépendamment de ces lésions, le tissu cellulaire sous arachnoïdien est comme infiltré d'exsudats plastiques blanchâtres chose d'ailleurs si habituelle chez les vieillards. Ajoutons, pour ne rien omettre, que l'examen des organes thoraciques fait constater l'existence d'emphysème et de congestions hypostatiques des poumons, en même temps que d'une hypertrophie moyenne du cœur, particulièrement de son ventricule gauche.

L'histoire clinique de ce malade est marquée par deux phases bien distinctes : dans la première, le malade est sujet à ces accidents plus ou moins légers, vertiges, étourdissements, etc., etc., qui, chez les sujets de cet âge (71 ans), constituent le prélude habituel d'une détermination morbide, cérébrale, future hémorrhagie ou ramollissement; c'est la phase préparatoire, prodromique, comme on l'appelle, et dans le cas dont il s'agit, les accidents congestifs apoplectiformes, si communs en pareille circonstance, n'ont même pas fait défaut. Puis l'événement fatal éclate et présente, en quelque sorte, deux temps dans ses manifestations, qui correspondent parfaitement à la nature, au siège, et même au degré des lésions révélées par l'autopsie : en premier lieu, attaque subite, perte de connaissance, état paralytique généralisé incomplet, le tout

dominé par des phénomènes caractéristiques de la *compression cérébrale*, à savoir une tendance invincible au sommeil et de la torpeur intellectuelle; puis arrive une sorte de rémission, marquée surtout par le retour partiel de l'intelligence, mais traversée, cependant, par quelques manifestations qui sont l'expression non douteuse d'un travail morbide consécutif, je veux parler des convulsions et de la contracture. Ce premier temps dure dix jours. Mais alors survient, presque tout-à-coup, une nouvelle aggravation : les mêmes phénomènes de somnolence et de torpeur reparaissent, seulement plus prononcés; toutefois de cet état symptomatologique général et vague, se dégage une manifestation localisée, dont la signification est ici capitale pour la détermination du siège de la lésion; ce sont les convulsions notées dans le côté droit, et particulièrement au membre supérieur. Mais, notez-le bien, cette nouvelle attaque dure à peine vingt-quatre heures, et se termine par la mort.

Or, si nous cherchons maintenant à superposer en quelque sorte, les altérations locales aux symptômes, n'est-il pas de toute évidence qu'à la première période symptomatologique, laquelle a duré dix jours, correspondent la formation du kyste hémorragique du côté droit, tandis que le raptus hémorragique gauche coïncide au deuxième et dernier temps de la scène morbide. Mais ici la mort rapidement survenue coupe court en quelque sorte, à l'évolution du travail pathologique local; celui-ci n'a pas le temps de s'organiser. Il ne pouvait donc y avoir de pseudo membrane du côté gauche,

Qu'est-ce à dire, et ai-je besoin de tirer de ce fait la conclusion qui n'a pas manqué assurément de saisir depuis longtemps les esprits? comment nier la préexistence de l'hémorragie? Il n'est même plus besoin d'invoquer ici l'absence de vaisseaux sanguins, argument qui, pourtant, a bien quelque valeur : la fausse membrane même fait défaut.

Je ne sais si je me fais illusion; mais il me semble que la conviction la plus rebelle ne saurait résister à cet appareil de preuves puisées à la source même de l'observation clinique. Quant à moi, ma conviction est telle depuis longtemps que je pourrais facilement me consoler par elle du doute des autres.

Mais quand on croit fermement à la vérité, on ne l'aime pas pour soi-même; on veut la faire posséder et partager; je n'ai jamais compris Fontenelle, et sa science égoïste n'est point pardonnable; j'ai donc cherché des preuves nouvelles dans l'expérimentation directe.

On peut facilement produire chez les animaux des kystes sanguins dans la cavité arachnoïdienne, et l'on doit se rappeler le cerveau et le crâne appartenant à un tout jeune chien, que j'ai montrés dernièrement à la Société. A la face interne de la boîte crânienne du côté droit on apercevait distinctement une petite tumeur oblongue située longitudinalement, parallèle au sinus longitudinal supérieur; cette tumeur, constituée par un caillot sanguin et comme appendue à la voûte du crâne, était complètement entourée par une *membrane* mince, transparente, laquelle adhérait parfaitement à la dure-mère pariétale, et n'affectait avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde sur lequel elle reposait que des rapports de contiguïté sans adhérences. On reconnaît à ces dispositions les conditions topographiques habituelles des kystes hématiques intra-arachnoïdiens chez l'homme : l'analogie est telle qu'on ne peut en vérité se défendre *a priori* d'une complète assimilation pathogénique. Mais voyons de plus près comment se passent les choses dans la production artificielle de ces hémorrhagies.

Le procédé opératoire que j'emploie est des plus simples : sur un animal (chien ou chat) très jeune, âgé de quelques semaines à 1 mois, et dont le crâne est encore très mince et peu résistant, je dénude celui-ci dans une suffisante étendue, à l'aide d'une incision longitudinale pratiquée sur la ligne médiane au niveau de la suture antéro-postérieure; sur les côtés de cette suture, à 2 millimètres environ, soit à droite, soit à gauche, j'enlève avec un emporte-pièce ou avec des ciseaux (si cela est possible) une rondelle de la paroi osseuse de la voûte crânienne sans intéresser la dure-mère dont j'ai alors sous les yeux la face externe; puis, par une ponction très légèrement faite à cette dernière, j'introduis par son plat un ténotome à lame très étroite, et tournant en haut le tranchant, j'incise au niveau du sinus longitudinal supérieur. Le sang jaillit aussitôt, et pour qu'il ne s'écoule pas au dehors, il faut

avoir le soin de clore avec le doigt la petite ouverture faite à la dure-mère; bientôt on sent une petite tumeur se produire sous celle-ci. Je réunis par une suture les téguments crâniens incisés, et j'ai, en outre, l'habitude d'appliquer au niveau de la suture une petite bande légèrement compressive. afin que si le sang continue à couler, il ne fasse pas irruption entre la dure-mère et l'os, ce qu'il est très difficile d'éviter complètement.

Les choses étant ainsi, l'animal est abandonné à lui-même, mais il présente alors et consécutivement des phénomènes qu'il n'est pas sans intérêt de signaler. Les voici tels que nous les avons observés et notés dans deux de nos expériences.

Exp. I. — Opération telle qu'elle vient d'être décrite, pratiquée le 27 février 1864 chez un chien âgé de 4 mois, sur l'hémisphère crânien du côté droit. A peine la suture du péri-crâne est-elle faite, que l'animal est pris de phénomènes *convulsifs* dans les pattes avec prédominance dans celles de droite; les convulsions se continuent, avec quelques interruptions, pendant dix minutes environ. Lorsque l'animal essaye de marcher ou qu'on l'y excite, il chancelle et tombe irrésistiblement sur le *train de derrière*; les membres sont le siège d'une profonde anesthésie, car le contact d'un charbon ardent n'est presque pas senti. Abandonné à lui, il tombe dans une espèce de torpeur très analogue à un état comateux auquel il est très difficile de l'arracher; le soir cependant (quatre ou cinq heures après l'opération), il parait un peu plus éveillé; il tète sa mère et boit du lait qu'on lui présente, mais il ne peut marcher; il ne tarde pas à retomber dans un sommeil profond.

Le lendemain (28 février), l'animal se tient mieux sur ses pattes; il marche, mais en chancelant et traînant le train de derrière; si l'on vient à comprimer légèrement la portion du crâne qui était mise à nu, on détermine aussitôt des accidents semblables à ceux qui ont été signalés plus haut, et parmi lesquels domine l'état comateux avec semi-résolution des membres. Il est sacrifié à l'aide de l'intoxication par la strychnine vingt-quatre heures après l'opération.

Nous avons décrit ci-dessus la pièce anatomique : nous ajouterons ici que le feuillet viscéral de l'arachnoïde, et *a fortiori* la substance cérébrale ont été parfaitement respectés par les instruments introduits dans la cavité arachnoïdienne.

EXP. II. — Le 7 avril 1864, sur un jeune chat âgé de 15 jours, je pratiquai, par le procédé qui vient d'être décrit, la piqûre du sinus longitudinal supérieur à gauche de la suture médiane.

Immédiatement après l'opération, qui ne fut troublée que par un peu d'hémorrhagie externe, l'animal placé à terre, sur les pattes, fléchit, chancelle aussitôt qu'il veut se mettre en marche, et tombe sur le côté droit du corps, où il est facile de constater l'existence d'une *paralysie* presque complète. Il cesse tout mouvement, et demeure comme assoupi avec accélération des mouvements respiratoires. L'expérience a été commencée à deux heures ; à cinq heures et demie, la paralysie est encore plus prononcée. Lorsqu'on l'excite à marcher, l'animal, qui d'ailleurs, n'a cessé de dormir d'un sommeil profond, tombe irrésistiblement sur le côté droit ; il traîne les pattes de ce même côté, celles de derrière plus particulièrement.

Le lendemain, à une heure (vingt-quatre heures après l'opération), mêmes phénomènes paralytiques : même au repos l'animal est renversé sur le côté droit, sur lequel il lui est impossible de se tenir.

Il est sacrifié à l'aide de l'intoxication par la strychnine ; il n'est pas indifférent de noter que les phénomènes convulsifs déterminés par celle-ci ont eu pour premier et principal siège la patte antérieure du côté droit.

Le crâne étant ouvert avec grand soin, on voit attenant à la voûte pariétale et à la face interne de la dure-mère, du côté gauche, une masse sanguine oblongue, tomenteuse à sa surface occupant au moins la moitié antérieure de la cavité crânienne ; cette masse est comme emprisonnée dans une toile membraneuse qui adhère à la dure-mère, mais qui n'affecte avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde sur lequel elle repose que des rapports de contiguïté. La petite tumeur étant isolée et plongée dans l'eau, on aperçoit dans toute son évidence une membrane

mince, transparente, tomentuse, partout continue à elle-même et enkystant une certaine quantité de sang, en partie liquide, en partie coagulé.

L'examen microscopique révèle dans le produit membraneux l'existence des éléments suivants : granulations fibreuses abondantes, mêlées de tractus fibrillaires et de quelques fibres rares de tissu cellulaire en voie de formation ; granulations transparentes en petit nombre ; globules sanguins ; plusieurs cristaux d'hématoïdine ; enfin plusieurs traînées nucléaires qui nous ont paru être les linéaments d'une néo-vascularisation commençante.

Que faut-il de plus, pour que la démonstration soit complète, irréfragable ? Les faiseurs d'objections quand même, les sceptiques systématiques ont demandé le *corps du délit*, c'est-à-dire la rupture vasculaire par laquelle se fait l'hémorrhagie.

C'est là, il faut en convenir, une exigence singulière. Combien de fois a-t-on trouvé le vaisseau coupable, et surtout le pertuis vasculaire donnant issue au sang, dans l'hémorrhagie cérébrale ? A-t-on pour cela, nié l'hémorrhagie cérébrale ? Et ceux qui parlent ainsi songent-ils aux hémorrhagies par exhalation ? Eh bien, soit, nous acceptons votre exigence : nous sommes en mesure aujourd'hui d'y satisfaire... Oui, le corps du délit a même été trouvé dans les cas dont il s'agit ; je laisse la parole à M. Magnan :

Chez les malades atteints de démence sénile ou chez les vieillards dont les vaisseaux sont athéromateux et aussi quelquefois chez les paralytiques généraux, on peut constater assez souvent des hémorrhagies primitives dont il est facile de se rendre compte. Dans certains cas, lorsque les malades meurent à la suite d'une congestion intense, on aperçoit au-dessous du feuillet viscéral de l'arachnoïde, les capillaires de la pie-mère, gorgés de sang et sur leur trajet, des exhalations sanguines, tantôt ressemblant à des sugillations, d'autres fois collectées en un point dans une étendue ne dépassant guères une pièce de 20 centimes ; dans des cas plus rares, le sang déchire le feuillet viscéral de l'arachnoïde et vient s'épancher dans la cavité arachnoïdienne ; ce sont en général les capillaires situés

au niveau de la portion convexe des circonvolutions qui donnent lieu à ces petits épanchements. Mais les épanchements sanguins plus considérables que l'on trouve habituellement dans la cavité de l'arachnoïde, dépendent le plus souvent de la rupture d'une de ces veines que l'on voit turgescentes ramper au dessous de l'arachnoïde, dans la portion superficielle et triangulaire des anfractuosités des circonvolutions, ou bien encore des veines que l'on trouve au voisinage des sinus et qui, quittant la surface du cerveau, se portent directement dans ces canaux, en s'enveloppant d'un feuillet arachnoïdien et en traversant la cavité de la séreuse, en général dans une faible étendue, ces veines ne quittant la surface cérébrale que dans un point très rapproché du sinus.

J'ai eu l'occasion de constater la rupture d'une des veines aboutissant au sinus latéral; le malade était mort subitement avec les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale. A l'autopsie, on trouve un épanchement considérable de sang dans la cavité arachnoïdienne, au niveau de la fosse sphénoïdale gauche, plusieurs caillots mous, rougeâtres, s'étendent jusqu'à la tente du cervelet du même côté. Le cerveau étant enlevé, on aperçoit un petit caillot filiforme appendu à la paroi d'une veine qui plonge dans le sinus latéral; on injecte de l'eau dans ce sinus par l'orifice qui aboutit au pressoir d'Héracéphile, le caillot filiforme se détache, tombe, est suivi par un jet de liquide, qui nous montre un orifice sur la paroi veineuse. Cet orifice avait l'aspect d'une éraillure et tous ceux qui étaient présents (deux de nos collègues et M. Léger) l'ont sans contestation considéré comme l'orifice accidentel, à travers lequel l'hémorrhagie s'était produite.

La foi si rétive de nos contradicteurs va-t-elle enfin se courber sous le joug de l'évidence? N'en croyez rien; ils nous diront: vous avez trouvé le siège de l'hémorrhagie, le *corps du délit*, ainsi que nous le disions tout à l'heure; mais montrez-nous comment il se fait que du sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde demeure invariablement à la surface, *appendu au plafond*, selon la pittoresque expression de M. Barth, alors qu'une pseudo-membrane préexistante et toute

préparée n'est pas là pour lui servir comme de refuge et de soutien ?

Mais cesang, il s'enkyste, et cela *trèsrapidement*; c'est son droit là comme partout ailleurs; la nature n'a pas manqué d'y pourvoir, et c'est ici qu'elle se montre véritablement bonne mère en Hippocrate; c'est son procédé de réaction contre les menaces qui lui sont faites et les atteintes qui lui sont portées. Pourquoi ne le mettrait-elle pas en œuvre dans la cavité arachnoïdienne, alors qu'elle n'y faillit jamais dans les autres cavités séreuses ? Quel serait donc le motif d'une si remarquable exception à une loi que l'on peut dire fatale ? J'ai beau chercher, je n'en vois qu'un, le voici : certaines personnes ne peuvent se résigner à voir et à admettre ce qui est simple, naturel, et *vrai*; il leur répugne de faire comme tous les autres font.

Le sang épanché s'enkyste, c'est fort bien; il est retenu forcément; mais il ne s'enkyste pas ? Eh bien ! j'en suis fâché pour mes contradicteurs, même dans ce cas, il reste à la surface; j'en ai donné tout à l'heure une preuve irréfragable; on peut encore s'en assurer par l'expérimentation sur les animaux. Quant à dire pourquoi, cela est difficile, mais, qu'importe pourvu que cela *soit* ?

J'aurais fini, si je ne tenais à justifier en quelques mots, cette longue discussion.

On peut se demander, en effet, s'il n'est pas oiseux de tant s'appesantir sur une question de pathogénie pure, et si la pratique, but final de nos efforts, a réellement quelque chose à y gagner ?

Oui, elle a beaucoup à y gagner; d'un côté nous avons affaire à un travail morbide lent, chronique, latent, parallèle en quelque sorte à d'autres altérations dominantes et subordonné à celle-ci; il en résulte que le diagnostic n'est pas possible, à moins de créer de toutes pièces, comme vous pourrez le voir dans certains mémoires, une symptomatologie fantaisiste, dont le moindre danger est de mener à une fatale illusion ceux qui s'y laissent prendre.

Vous direz-bien : Tel malade est dément, paralytique général, atteint d'alcoolisme chronique, et en ces qualités (tristes

qualités), il est passible de l'existence d'une néo-membrane dans la boîte crânienne; mais affirmer que cette néo-membrane existe, et qu'elle est annoncée par des signes cliniques, je ne dirai pas certains, mais de la dernière probabilité, qu'est-ce qui l'oserait ?

Au contraire, l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne primitive, qui procède dans ses manifestations symptomatiques à la façon de l'*ictus apoplecticus*, dans lesquelles prédominent des phénomènes de compression, et quelquefois un état convulsif; cette hémorrhagie est parfaitement reconnaissable, et son diagnostic possible; son appareil symptomatique distinctif se révèle, avec une parfaite identité, dans les expériences sur les animaux, et on le retrouve souvent dans toute sa netteté chez toute une catégorie de malades qui ressortissent à cette espèce d'hémorrhagie, je veux dire les *enfants*. Mais il y a plus, l'hémorrhagie méningée primitive est quelquefois *curable* soit spontanément, soit à l'aide des ressources d'une thérapeutique rationnelle. Ceci est un point, que nous ne pouvons qu'indiquer ici; et sur lequel nous reviendrons peut-être un jour.

Ont été nommés membres adjoints.

MM. LEGROUX.

SPIESS.

PERRET.

LEDENTU.

HENROT.

HAYEM.

PAQUET.

DE LACROUSILLES.

Membre correspondant :

M. CHARLES.

COMPTE-RENDU
DES
TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
POUR L'ANNÉE 1864.

PAR LE **D^r F. BRICHETEAU**, SECRÉTAIRE.

MESSIEURS,

Avant de me démettre des fonctions que vous m'avez confiées, je viens, à l'exemple de mes prédécesseurs, essayer de vous résumer les travaux que vous avez accomplis pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler.

Retracer en quelques pages, d'une manière sommaire les nombreuses présentations qui se sont succédé sous vos yeux ; insister sur les plus importantes des questions que vous avez débattues, sinon résolues, du moins toujours élucidées ; montrer comment des efforts isolés de chacun, dirigés dans les sens les plus divers, il en est résulté une œuvre d'ensemble, utile pour la science ; tel est le but que je me suis proposé.

En abordant cette tâche pleine de difficultés, je ne me suis point dissimulé mon insuffisance. Aussi plus que jamais, confiant dans la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée, oserai-je compter sur votre indulgence.

Anatomie normale. — Anatomie comparée.

Depuis longtemps les travaux d'anatomie pure sont devenus de plus en plus rares au sein d'une Société qui, comme son nom l'indique, s'est surtout proposé l'avancement de cette science. Cette année, aucune présentation ne nous a été soumise sur l'anatomie normale. Ce sera une lacune dans vos *Bulletins*, lacune regrettable sans doute, mais à laquelle suppléeront amplement les recherches d'anatomie pathologique.

De cette pénurie de matériaux, il ne faudrait cependant pas conclure que l'étude de l'anatomie est complètement délaissée parmi nous; loin de là, et pour vous en donner la preuve, il me suffira de vous rappeler que l'ouvrage très remarqué qui vient de paraître sur le système nerveux cérébro-spinal émane d'un de nos collègues les plus assidus, M. Luys, et je crois même que vous en avez eu les prémisses, grâce à quelques communications faites par ce médecin distingué sur la structure du système nerveux.

En revanche, et comme compensation, quelques membres de la Société, donnant un exemple que l'on ne saurait trop encourager, sont venus vous faire part d'expériences qu'ils avaient entreprises et menées à bonne fin; d'autres ont mis sous vos yeux des lésions qu'ils avaient observées sur des animaux, si bien que j'ai pu dans ce compte-rendu, consacrer un chapitre court, il est vrai, mais spécial, à l'anatomie comparée.

M. Leven, dans une communication très intéressante, vous a entretenus du tournis du mouton, et vous a montré des cerveaux de ces mammifères offrant des kystes qui contenaient des coénures, et vous a fait remarquer que le siège de cette lésion était tel qu'il y avait toujours une compression directe ou indirecte des pédoncules cérébelleux supérieurs, ce qui, suivant notre collègue, serait la cause de ces mouvements de rotation qui ont fait donner son nom à cette affection si bizarre.

DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1864. 573

M. Paul, à qui les questions d'hygiène sont devenues familières, vous a soumis diverses pièces relatives à la ladrerie du porc, et vous avez eu ainsi l'occasion d'étudier un très bel échantillon de cysticerques.

Les recherches de M. Laborde dirigées dans une toute autre voie, n'en offrent pas moins un grand intérêt. Frappé de la difficulté qu'éprouvent certains enfants opérés du croup, à se passer de canule et ayant remarqué que, dans tous les cas, il y avait une production persistante de fausses membranes, notre collègue s'est demandé si ces produits morbides n'étaient pas dus à la présence de la canule dont le contact irritait la muqueuse trachéale, et pour trancher la question, il a tenté d'introduire un corps étranger dans la trachée de quelques animaux. Une trachéotomie a donc été faite sur un jeune chien; mais le tuyau aérien n'a pas été ouvert, et la canule a été fixée dans le tissu cellulaire prétrachéal; au bout de vingt-quatre heures, il s'était formé au contact de la canule des fausses membranes, que M. Laborde a mises sous vos yeux et qui ressemblaient tout à fait à l'exsudat diphthérique. Cette expérience n'a pas paru décisive et a suscité les objections de plusieurs de nos collègues qui ont fait remarquer que chez les animaux très jeunes il se formait avec la plus grande facilité des exsudats fibrineux sous l'influence d'un traumatisme quelconque, c'est donc un point qui exige de nouvelles investigations.

Enfin, M. Laborde, dont le nom reviendra bien souvent dans ce compte-rendu, a réussi à produire sur des animaux des hémorrhagies méningées; mais devant plus loin traiter cette question avec tous les développements qu'elle comporte, je ne m'y arrêterai pas.

Comme vous le voyez, Messieurs, l'anatomie comparée a pris sa place dans nos bulletins; espérons qu'elle la conservera désormais.

Anomalies et Monstruosités.

Comme les années précédentes, un grand nombre de pièces

relatives à la tératologie ont été soumises à votre examen; je ne vous signalerai que les plus importantes.

M. Duguet vous a montré deux côtes bifurquées à leur partie antérieure: il existait dans une étendue de trois centimètres environ deux os et deux cartilages réunis par une membrane fibreuse et par un muscle intercostal interne surnuméraire qui a toujours été rencontré dans cette variété de disposition costale.

Vous devez à M. Martineau un exemple d'anomalie de position du rein gauche, qui, à l'autopsie d'une femme morte d'une fièvre typhoïde, a été trouvé dans le petit bassin en arrière du ligament large, reposant sur l'articulation sacro-iliaque, en rapport avec le rectum, l'utérus et le vagin, si bien que par le toucher vaginal on le sentait parfaitement dans le cul-de-sac postérieur, ce qui aurait pu donner lieu à une erreur de diagnostic que je n'ai trouvée signalée nulle part. La disposition des vaisseaux montrait que le rein s'était bien développé primitivement dans cette région et n'avait pas subi de déplacement. L'artère rénale naissait, en effet, de la bifurcation de l'aorte à la place de la sacrée moyenne, et la veine rénale se jetait dans la veine iliaque, après avoir reçu les veines utérine et ovarique. La capsule surrénale occupait sa place normale; nouvelle preuve de l'indépendance de la capsule surrénale et des reins.

Vous avez eu l'occasion d'étudier deux spina bifida: l'un, présenté par M. Perret, offrait cette particularité qu'il était double, existant à la fois à la région cervicale et à la région sacrée, la colonne vertébrale étant normalement constituée dans l'intervalle; l'autre observé, par M. Bordier, s'accompagnait d'une luxation congénitale des deux fémurs à forme très rare, sur laquelle M. Giralès a attiré l'attention de la Société.

Les présentations qui suivent se rattachent à la classe des monstruosités proprement dites de Geoffroy Saint-Hilaire; elles sont au nombre de quatre.

La première est de M. de Font-Réaulx: il s'agit d'un fœtus, chez lequel le rectum s'ouvrait à la partie postérieure de la

vulve entre l'hymen et la fourchette. En même temps, la vésicule biliaire faisait complètement défaut.

Chez le fœtus que vous a montré M. Fernet, il y avait de nombreux vices de conformation :

Atrophie des lobes postérieurs avec hernie du cerveau, à travers un défaut de la suture occipito-pariétale, absence complète de l'appareil de la vision, globes oculaires et nerfs optiques; défaut de cloison des fosses nasales; bec de lièvre double compliqué de division du voile du palais et de la voûte palatine, doigt supplémentaire à chaque main, et double pied bot équin varus avec orteil supplémentaire à chaque pied.

Chez un autre fœtus du sexe féminin, recueilli par M. Perret à la Maternité, et dont la description se trouve aussi détaillée que possible dans vos Bulletins, le défaut de conformation ne portait que sur les organes génito-urinaires et sur le rectum. On peut le résumer ainsi : Absence d'anus, et pour mieux dire de la région anale, petites lèvres soudées entre elles dans leurs deux tiers inférieurs, orifice vulvaire rudimentaire donnant accès dans un conduit commun à la vessie, à l'utérus et au rectum, et qui, comme le fit remarquer M. Trélat lors de cette présentation, doit être désigné sous le nom de canal ano-uro-génital. La vessie sans canal excréteur communiquait avec l'utérus et le rectum; la cavité utérine était partagée en deux par une cloison fort incomplète, et le rectum venait s'aboucher dans la vessie et l'utérus.

Depuis les travaux d'embryologie accomplis dans ces dernières années, par Geoffroy-Saint-Hilaire, Muller, Coste, Longet, Bischoff et Leuckart, ces monstruosité, qui ont tant préoccupé nos devanciers, s'expliquent très naturellement par un arrêt de développement, par la persistance d'un état qui normalement n'est que transitoire, et le fait dont il est ici question n'est qu'un exemple de persistance du cloaque primitif; mais ce qui fait le mérite de cette pièce, c'est qu'aucun des vices de conformation décrits jusqu'à ce jour, ne ressemble complètement à celui qui vous a été présenté. Quelques observations, entre autres une de Montgomery dont vous devez la traduction à l'obligeance de notre collègue, M. Guyon, offrent bien quelques détails analogues, mais en même temps

des différences plus ou moins marquées. La présentation de M. Perret a donc été une bonne fortune pour la Société.

Une communication de M. Spiess, relative à un cas d'inclusion scrotale vous a valu un intéressant rapport de M. Ed. Cruveilhier, dans lequel se trouve une excellente étude clinique des adhésions congénitales de cette région.

Depuis les recherches de M. Verneuil sur ce sujet, on admet généralement que les inclusions scrotales forment deux classes bien distinctes par le siège anatomique : viscérales et sous-cutanées. Cependant, M. Verneuil, bien qu'il en ait rapporté un cas, met en doute l'existence des inclusions viscérales testiculaires. Or le fait de M. Spiess permet d'être affirmatif à cet égard, car une note de M. le professeur Robin, annexée à l'observation, place la tumeur dans la cavité de la tunique albuginée. On n'y trouvait comme d'ordinaire, que des débris d'organes formés aux dépens du feuillet externe du blastoderme, le système cutané avec ses sécrétions pileuses et sébacées, et le système osseux représenté par des fragments informes et du cartilage, ce qui a conduit le rapporteur à vous rappeler sur l'origine de ces monstruosité une théorie exposée autrefois devant vous par Pigné; la voici en peu de mots : Qu'une vésicule de Graaf contenant deux ovules, ou que deux vésicules aient été fécondées, un double germe donne naissance à un double fœtus. L'un des germes, arrêté dans sa croissance, se trouve inclus dans les organes dont le développement est le plus rapide ; or le corps de Wolf est un de ceux dont l'apparition est le plus précoce, et comme le testicule et l'ovaire en naissent, il n'y a rien d'étonnant à ce que bon nombre d'inclusions fœtales se rencontrent dans les organes génitaux.

Vous devez à M. Ducorogna la relation très exacte des détails de l'autopsie d'une hermaphrodite bien connue, Marie Lefort. La femme dont il s'agit avait été examinée en 1825 par Bécлар, qui en a donné une soignée description, reproduite dans le *Dictionnaire des sciences médicales*. Les conclusions de Bécлар furent que Marie Lefort était du sexe féminin; malgré cette opinion du savant professeur, la plupart des médecins qui la virent dans un âge plus avancé furent d'un avis contraire. L'autopsie a confirmé d'une façon écla-

tanté l'appréciation de Béclard; car sur ce sujet, les organes génitaux, utérus, ovaires, vagin, étaient normalement développés. Je ne veux point entrer dans une description que vous trouverez dans vos bulletins, et une planche que la Société y a jointe, permettra de compléter une observation curieuse à plus d'un titre.

Anatomie pathologique.

SYSTÈME NERVEUX.

AFFECTIONS DES MÉNINGES ET DU CERVEAU

Tumeurs de la dure mère. Ces tumeurs sont relativement assez rares; la collection de nos Bulletins n'en contient que peu d'exemples. Cette année, par une heureuse coïncidence, plusieurs vous ont été montrées par MM. Bouchard, Liouville et Hayem.

Développées aux dépens du feuillet cellulo-épithélial de la dure mère, toutes présentaient la même origine. Quant à leur structure, à la composition de leurs éléments, elles peuvent se diviser en deux classes : tumeurs fibro-plastiques proprement dites, telles que les a décrites pour la première fois M. Lebert en 1844, et épithélioma. Ces productions morbides doivent être rangées à côté de celles qui ont été désignées depuis quelques années comme de nature cancéreuse; mais ce qui leur imprime un caractère spécial, c'est qu'on ne les a jamais vues se généraliser dans le reste de l'économie. Elles sont toujours localisées sans déterminer d'infection générale, et sous ce rapport se distinguent nettement des vraies tumeurs cancéreuses.

Ce qu'il importe le plus de signaler dans l'histoire des sarcomes de la dure-mère, comme les ont appelés les auteurs allemands : c'est le peu de gravité de ceux qui vous ont été montrés cette année. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Développés lentement, progressivement dans la cavité intra-crânienne, ces corps étrangers ne révèlent leur

Présence par aucun symptôme, et c'est par hasard qu'on les rencontre à l'autopsie. Leur innocuité ne s'explique pas seulement par leur siège de prédilection, qui est la voûte crânienne, car il en est de même quand elles occupent la base du crâne. Ainsi dans le fait de M. Hayem, une de ces tumeurs du volume d'une noix, qui remplissait la fosse pituitaire et la selle turcique renfermait dans son épaisseur l'artère carotide, le chiasma, les nerfs et les bandelettes optiques, et cependant la vue s'était conservée jusqu'aux derniers moments de la vie.

Hémorrhagies méningées :

L'origine de ces hémorrhagies, débattue en 1861 au sein de la Société, suscita, vous vous en souvenez, de nombreuses discussions et d'utiles recherches. Bien que la solution du problème ne fût pas tout à fait complète, notre honorable vice-président, M. Besnier, dans le passage remarquable qu'il consacra à cette question dans son compte rendu annuel, crut pouvoir établir comme démontrés les deux points suivants :

Il existe dans la cavité arachnoïdienne des néo-membranes d'origine phlegmasique, néo-membranes qui se rencontrent presque exclusivement sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et qui peuvent devenir le point de départ d'hémorrhagies méningées.

D'un autre côté : « L'on n'est en aucune façon fondé à nier la possibilité du développement des kystes hématiques de l'arachnoïde en dehors de l'existence préalable d'une néo-membrane. »

Les nombreuses présentations faites cette année à la Société, qui pourraient à elles seules permettre de tracer un tableau exact de cette affection viennent tout à fait confirmer la vérité de ces deux propositions.

En premier lieu, l'existence préalable des néo-membranes de la dure-mère, de la pachyméningite de Virchow ne peut être mise en doute ; il suffit de lire vos Bulletins pour apprécier toutes les phases de cette évolution morbide, et il faut même reconnaître que c'est la cause la plus fréquente des kystes hématiques des méninges.

M. Lacrousilles a mis sous vos yeux des néo-membranes

de la dure-mère sans aucun épanchement sanguin, mais riches en vaisseaux capillaires dilatés, altérés, preuve bien manifeste que ces néo-membranes peuvent être la cause de l'hémorrhagie. A ce propos, M. Cornil, dans une courte, mais intéressante communication vous a expliqué comment se produisaient ces vaisseaux de nouvelle formation, qui se continuent directement avec ceux de la face interne de la dure-mère préalablement congestionnée, injectée, sur laquelle on les voit se dessiner sous forme d'étoiles, de houppe ou même d'anse vasculaire.

M. Magnan vous a montré plusieurs foyers sanguins enkystés dans le dédoublement de feuillets pseudo-membraneux adhérent à la dure-mère, puis comme trait-d'union entre ces deux états extrêmes, je vous citerai le fait de M. Regnard dans lequel il y avait à gauche une néo-membrane dédoublée, contenant dans son intérieur un petit caillot rouge pesant 10 à 12 grammes, tandis qu'à droite existait une néo-membrane dédoublée, mais sans aucun épanchement sanguin.

Voici comment il faut comprendre, je crois, la pathogénie de ces produits morbides. Sous l'influence d'une affection chronique du cerveau, paralysie générale, démence sénile, ramollissement (car le plus souvent ce sont des lésions consécutives), il se produit à la surface interne de la dure-mère un travail congestif qui se traduit par des phénomènes cliniques quelquefois très appréciables et en vertu duquel il se forme très promptement un exsudat constitué d'abord par un simple dépôt amorphe, puis dans lequel on trouve des cellules, des noyaux et des fibrilles de tissu cellulaire. Bientôt apparaissent de la façon que j'ai indiquée des vaisseaux sanguins qui atteignent quelquefois un développement remarquable. Ainsi dans une autopsie faite dans le service de M. Vulpian (obs. de M. Regnard) bien que la membrane exsudative fût d'une ténuité extrême, ses vaisseaux étaient énormes, bifurqués, comme variqueux, et plusieurs avaient un diamètre de 3 à 4 centièmes de millimètre. La structure des vaisseaux de ces néo-membranes est celle des plus fins capillaires : une seule tunique amorphe, parsemée çà et là de noyaux transparents,

elliptiques, à grand diamètre, suivant l'axe du vaisseau, de sorte que l'effort de l'ondée sanguine s'exerçant contre des parois aussi fragiles, n'a pas de peine à en amener la rupture.

Donc, un épanchement de sang peut se produire dans l'intérieur d'une néo-membrane méningée préexistante.

D'un autre côté, dans l'intérieur de la cavité arachnoïdienne on trouve des foyers sanguins beaucoup plus considérables dus à la rupture de vaisseaux, MM. Magnan et Fernet vous en ont rapporté cette année, deux exemples très remarquables. Chez le malade de M. Fernet, c'était à la rupture d'un anévrysme de l'artère cérébelleuse inférieure qu'était due l'infiltration sanguine sous-arachnoïdienne; dans le fait de M. Magnan on put facilement constater à l'autopsie que l'hémorrhagie provenait de la rupture d'une des veines qui allaient s'aboucher dans le sinus latéral.

Jusqu'ici l'accord est parfait. Mais nous arrivons au point en litige.

Une hémorrhagie méningée peut-elle s'enkyster consécutivement, s'entourer d'une poche de nouvelle formation?

Toutes les fois que l'on trouve une hémorrhagie méningée entourée d'une néo-membrane, quel rôle faut-il attribuer à cette dernière? Est-elle primitive? Est-elle consécutive? Elle peut être l'une et l'autre, Messieurs. C'est du moins ce que j'espère pouvoir vous démontrer.

Depuis le rapport de M. Besnier, M. Lancereaux, dans un mémoire publié dans les Archives de Médecine (1) n'admet que deux espèces d'hémorrhagie méningée : — une qui reconnaît pour cause une fausse membrane de la cavité de l'arachnoïde; l'autre qui résulte de la rupture de l'un des vaisseaux artériels ou veineux de l'encéphale, et ces dernières, suivant lui, ne sont jamais entourées d'une fausse membrane. M. Lancereaux admet donc d'une façon absolue la doctrine de la préexistence de la néo-membrane.

C'est contre cette opinion trop exclusive que s'est élevé, M. Laborde dans un remarquable rapport sur les présenta-

(1) Arch. de médecine, 1864.

tions de M. Magnan, travail dont je ne saurais trop recommander la lecture à tous ceux qui voudront approfondir cette question.

Dans le fait de M. Magnan, il s'agit d'un vieillard cachectique et ayant présenté une véritable diathèse hémorrhagique avec manifestations multiples, taches de purpura sur le corps, épistaxis, hémoptysie, etc., etc. A l'autopsie, extravasations sanguines dans le péritoine, suffusions hématisques le long du tube digestif et dans l'épaisseur de la capsule des reins, noyaux apoplectiques dans la rate les poumons et le corps calleux, et enfin hémorrhagie en nappe dans la cavité arachnoïdienne sur la convexité des hémisphères de chaque côté de la grande faux cérébrale. L'hémorrhagie méningée était bien due à la cause générale, or, en examinant la pièce, on voyait distinctement une exsudation commençante à la face interne de la dure-mère; c'était le premier degré de la néo-formation membraneuse consécutive dans sa forme la plus simple, la plus élémentaire, sans trace d'organisation vasculaire, que n'a pas permise la mort trop prompte du malade.

Si, comme l'a fait remarquer M. Laborde, cet homme ne fût pas mort promptement, ce qui a permis de prendre sur le fait en quelque sorte le mode de production de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, que serait-il advenu ? Le sang aurait subi le travail de résorption, tandis que la fausse membrane se serait organisée, et plus tard on aurait pu soutenir sa préexistence.

A cette occasion M. Laborde vous a lu une observation très intéressante au point de vue de la physiologie pathologique de ces lésions qui établit nettement la préexistence des hémorrhagies, et pour amener la conviction dans vos esprits, vous a rapporté ses expériences sur les animaux.

Je vous les rappellerai en peu de mots :

M. Laborde choisit un animal (chien ou chat) très jeune dont le crâne est encore très mince et à la fois résistant, et enlève une rondelle de la paroi osseuse de la voûte crânienne sans intéresser la dure-mère, puis au moyen d'un *ténaculum*

introduit par une ponction très étroite, incise le sinus longitudinal supérieur. Le sang jaillit aussitôt, et on sent une petite tumeur se produire sous la dure-mère. Les téguments incisés sont réunis par une suture, et l'animal est abandonné à lui-même. Alors apparaissent des phénomènes convulsifs avec tous les signes de la compression cérébrale (coma, torpeur, paralysie, etc.)

L'animal est sacrifié 24 heures après l'opération, et les résultats suivants, sur lesquels j'appelle toute votre attention sont fournis par l'autopsie :

« Le crâne étant ouvert avec grand soin, on voit attenant à la voûte pariétale et à la face interne de la dure-mère du côté gauche, une masse sanguine oblongue, tomenteuse à sa surface, occupant la moitié antérieure de la cavité crânienne ; cette masse est comme emprisonnée dans une toile membraneuse qui adhère à la dure-mère, mais qui n'affecte avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde sur lequel elle repose que des rapports de contiguité. La petite tumeur étant isolée et plongée dans l'eau, on aperçoit dans toute son évidence une membrane mince transparente, tomenteuse, partout continue à elle-même, et enkystant une certaine quantité de sang en partie liquide, en partie coagulé.

L'examen microscopique révèle dans le produit membraneux l'existence des éléments suivants : Granulations fibrineuses abondantes, mêlées de tractus fibrillaires et de quelques fibres rares de tissu cellulaire en voie de formation ; granulations transparentes en petit nombre ; globules sanguins, plusieurs cristaux d'hématoidine, enfin plusieurs traînées nucléaires qui nous ont paru être les linéaments d'une néo-vascularisation commençante. »

Ainsi 24 heures après l'épanchement de sang, et ici on a pu calculer mathématiquement le temps écoulé ; on peut trouver une néo-membrane sur le point de contenir des vaisseaux sanguins.

Devant cette preuve manifeste, palpable, que chacun de vous a pu constater *de visu* lors de la présentation de M. Laborde, le doute ne me paraît plus possible ; et comme l'avait

déjà exprimé notre vénérable président, les deux opinions mises en présence, loin de s'exclure absolument, sont vraies l'une et l'autre.

Pardonnez-moi, Messieurs, ces considérations peut-être trop longues ; mais c'est une question qui est née au sein de la Société, et nous ne saurions trop remercier ceux de nos collègues, dont les persévérantes recherches ont servi à élucider complètement.

Aphémie :

Il en est de même de l'aphémie dont à bon droit la Société peut réclamer la paternité. Depuis les communications de M. Broca, les troubles de la faculté du langage articulé sont devenus un sujet de recherches à l'ordre du jour, et il me suffira de vous signaler les récents travaux de MM. Trousseau et Falret pour vous démontrer toute l'importance de cette étude qui touche à la fois à la pathologie et à la psychologie.

Un bon nombre de pièces qui vous ont été soumises (elles sont au nombre de dix) n'ont fait que confirmer la loi posée par M. Broca. Toutes les fois que pendant la vie, on avait observé la perte de la parole, chaque autopsie a révélé une lésion (ramollissement ou hémorrhagie) de la troisième circonvolution frontale du côté gauche. Tels sont les faits de MM. Broca, Peter et Regnard ; chez la malade dont M. Luys vous a donné l'observation le siège de la lésion s'éloignait un peu de celui qui a été précisé par M. Broca ; mais elle occupait la partie du lobe frontal antérieure au sillon de Rolando délimitation à laquelle M. Broca paraît attacher une grande importance. Je vois bien dans une des observations de M. Magnan qu'un foyer hémorrhagique ancien, la seule lésion qui pût expliquer la perte de la parole, occupant le noyau extraventriculaire du corps strié, venait se terminer au niveau de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale et de l'extrémité inférieure de la circonvolution qui limite en avant le sillon de Rolando ; mais je ne puis voir dans ce fait, ainsi que dans celui de M. Pelvet, où le siège de l'hémorrhagie qui occupait le lobe antérieur n'a pu être délimité, des arguments à invoquer contre l'opinion de notre distingué collègue.

Cependant la conviction n'est pas faite dans tous les esprits : à plusieurs reprises vous avez entendu MM. Campana et Laborde s'élever contre la théorie des localisations cérébrales, théorie étrange, il est vrai, et qui, relativement au siège du langage articulé est bien faite pour dérouter toutes nos connaissances sur la physiologie cérébrale ; aussi est-ce avec une certaine sensation que fut accueillie la présentation de M. Magnan, dans laquelle il s'agissait du cerveau d'un aphémique dont le lobe antérieur de l'hémisphère gauche était parfaitement intact, tandis qu'un ancien foyer hémorrhagique se voyait dans le lobe occipital du même côté. Ce fait, en opposition avec les recherches de M. Broca, est le premier qui ait été publié ; c'est vous en signaler toute l'importance : malheureusement M. Luys, si compétent en matière pareille, vous fit observer que ce malade était atteint de démence sénile, que ce n'était pas un cas simple, bien net, dégagé de toute complication, et qu'il ne saurait trancher la question.

Jusqu'ici, la théorie de M. Broca persiste donc dans toute son intégrité, et je crois, sans trop m'avancer, pouvoir lui prédire une longue vie, car elle repose sur un lourd faisceau de preuves qu'il sera bien difficile de rompre.

Je n'avais point à rechercher quelle dénomination convenait le mieux, s'il fallait dire aphasie ou aphémie ; j'ai reproduit dans la rédaction de nos Bulletins, le terme dont chacun s'est servi ; quant à moi, j'ai cru de mon devoir d'adopter l'expression créée par notre collègue, qui a tant fait dans l'intérêt de la Société.

Ramollissement du cerveau :

Plusieurs exemples de ramollissement cérébral ont été mis sous vos yeux, et ces faits ne sont pas sans importance au point de vue de la pathogénie de cette affection. Chaque fois, le présentateur vous a montré que la lésion était due à une altération des vaisseaux nourriciers qui se distribuaient à cette partie du cerveau, dont la consistance était modifiée.

M. Liouville vous a montré un ramollissement rouge du corps strié droit ; l'artère sylvienne, de ce côté, était obstruée complètement par un caillot migrateur venu de l'aorte altérée

Il existait simultanément des infarctus dans la rate et l'un des reins.

Dans le fait de M. Broca, la lésion qui siégeait à la partie pariétale du cerveau coïncidait avec une oblitération de l'artère sylvienne correspondante.

M. Heyem, dans deux présentations très-intéressantes, vous a apporté une preuve bien manifeste du rôle que jouent les lésions artérielles dans la production du ramollissement cérébral. Ayant trouvé, à l'autopsie de vieillards, des foyers disséminés dans l'encéphale, il a mis sous vos yeux les artères intra-crâniennes; et vous avez pu constater que, dans les vaisseaux artériels qui se distribuaient aux parties ramollies, le cours du sang était interrompu par des bouchons athéromateux formés par la tunique interne épaissie, altérée, décollée, et qui s'était contournée en forme de cornet.

Puis, pour montrer l'autre mode pathogénétique, il vous a rapporté un fait d'embolies cérébrales multiples que je crois unique dans son genre.

Un homme était entré à l'infirmerie de Bicêtre, affecté de tubercules pulmonaires, lorsqu'après sept à huit étourdissements, il est pris brusquement d'hémiplégie complète à gauche, avec contracture des extrémités et délire, et succombe trente-six heures après le début des accidents. A l'autopsie, tout l'hémisphère droit apparut atteint de ramollissement blanc, avec extravasation sanguine. Or, de ce côté, toutes les artères, à partir des premières divisions, étaient remplies par une matière jaunâtre puriforme, qui, d'après l'examen microscopique, n'était composée que de débris granulo-graisseux. Comme les artères encéphaliques étaient partout très-saines, il était important de remonter à la source de ces fragments emboliques. Il fallut une dissection minutieuse pour la découvrir; car ce ne fut qu'après l'examen de tout le système veineux et du cœur qu'on rencontra dans le tronc artériel brachio-céphalique droit, des végétations polypiformes molles, ramollies, déchiquetées à leur surface, et dont la structure était absolument la même que celle de la matière qui existait dans les artères cérébrales oblitérées.

En rapprochant ces présentations de celles qui vous ont été

faites l'année dernière par MM. Potain et Voisin, et surtout des déclarations bien nettes, bien précises, de plusieurs de nos collègues très-compétents dans la question, MM. Marcé, Luys et Laborde, il est permis, je crois, d'affirmer que l'origine du ramollissement cérébral est maintenant bien connue, et que la lumière est faite sur une question autrefois si controversée, si obscure. Tous les ramollissements non inflammatoires sur lesquels on a tant discuté sont la conséquence d'une lésion vasculaire. Les vaisseaux artériels peuvent être sains et être obstrués par un caillot migrateur ; c'est le cas le moins fréquent ; le plus souvent, ce sont les artères elles-mêmes, altérées dans leur structure qui, s'oblitérant sur place, soit en totalité, soit en partie, mettent obstacle au cours du sang ; enfin, dans un grand nombre de cas, c'est dans les capillaires que doit être recherchée la cause des modifications du tissu cérébral ; vous n'avez point oublié, j'en suis sûr, les communications de MM. Laborde et Cornil sur la dilatation anévrysmale des capillaires du cerveau. L'aspect, la coloration diverse des parties ramollies, la marche du ramollissement, sa curabilité même bien prouvée dans certains cas, s'explique très-naturellement par le degré plus ou moins avancé des lésions vasculaires, par l'interruption plus ou moins complète de la circulation.

Laissez-moi vous rappeler, Messieurs, comment Marcé formulait son opinion à ce sujet dans une des séances du mois de février. C'était la dernière fois qu'il devait prendre part à nos travaux : « Chez les vieillards, tous les ramollissements sont dus à une lésion artérielle, et tous les phénomènes s'expliquent par une altération plus ou moins prononcée du vaisseau. Si l'oblitération vasculaire est complète, le ramollissement a une marche rapide, c'est la forme apoplectique ; si elle est incomplète, le ramollissement a une marche lente, chronique. S'il se produit une rupture des capillaires, on a l'hémorragie cérébrale avec tous les signes de l'apoplexie proprement dite. »

Dans ce court résumé de notre regretté collègue, se trouve nettement exposé l'état de la question. Les recherches micrographiques récentes n'ont donc fait que confirmer l'opinio_n.

soutenue par Abercrombie, Rostan, Carrswell, Cruveilhier, Gendrin, Bouillaud et Bouchut, qui ont toujours regardé le ramollissement des vieillards comme une gangrène sénile consécutive à l'oblitération des artères nourricières. Il faut bien reconnaître que c'est à l'école allemande que nous avons d'être initiés à l'embolie cérébrale ; mais, comme nous l'avons déjà dit, dans l'étiologie de cette affection, la plus grande part doit être faite non aux embolies, mais à la dégénérescence athéromateuse des parois artérielles, et surtout des capillaires.

Ici, trouve tout naturellement sa place une série de pièces relatives à l'anatomie pathologique de la paralysie générale des aliénés. A diverses reprises, M. Regnard vous a permis de constater des lésions cérébrales qui, suivant M. Baillarger, ne font jamais défaut et sont tout à fait caractéristiques.

Voici en quoi elles consistent : Si on sépare, sur le cerveau d'un aliéné paralytique, les lobes antérieurs, qu'on les dépouille de leurs membranes, et qu'avec le dos du scalpel on gratte la substance grise, celle-ci s'enlève très-facilement, si bien qu'en détachant les membranes, la substance grise s'enlève quelquefois tout d'une seule pièce. Alors on arrive sur la substance blanche des circonvolutions, qui est ferme, élastique, jaunâtre et indurée ; et cette induration est, le plus souvent, limitée à la couche la plus superficielle de la substance blanche des circonvolutions. Il se produirait donc dans la paralysie générale, et cela dès le début, un travail d'induration au point de contact des deux substances des circonvolutions, travail qui aurait pour conséquence la destruction des liens qui les unissent et, par suite, leur disjonction. Cet état du cerveau, qui n'a pas été remarqué par la plupart des auteurs qui ont traité de la paralysie générale, n'a été mentionné que par MM. Parchappe et Calmeil. Tout en signalant le résultat de ces recherches qui mérite d'être confirmé, je me bornerai à vous faire observer qu'elles ne sont nullement en contradiction avec les fonctions qui sont dévolues aux lobes antérieurs dans la production des phénomènes cérébraux.

CERVELET. — Deux seuls exemples de lésions cérébelleuses vous ont été communiqués.

M. Robertet a mis sous vos yeux une tumeur tuberculeuse du lobe gauche du cervelet qui avait produit une hydrocéphalie ventriculaire consécutive. Elle s'était manifestée pendant la vie de l'enfant par les symptômes habituels : Convulsions, vomissement, strabisme, céphalalgie, marche chancelante et incertaine.

La présentation de M. Martineau offre au contraire des singularités très-intéressantes à signaler. Il s'agit d'une femme qui a succombé à un ramollissement de toute l'épaisseur de la substance blanche de l'hémisphère cérébelleux. Cette malade avait présenté la plupart des phénomènes donnés comme caractéristiques des affections du cervelet : céphalalgie opiniâtre, vomissements persistants, conservation de l'intelligence et de la sensibilité, amaurose; mais en même temps deux symptômes qui ne se rencontrent pas ordinairement dans les affections de cette partie de l'encéphale : paralysie alterne et contracture.

M. Martineau, qui prend depuis longtemps une part si active aux travaux de la société, a fait suivre l'observation de réflexions très-judicieuses sur ce point de physiologie pathologique.

Une entre autres mérite de vous être rappelée, c'est que ce fait est une atteinte de plus à la loi posée par M. Gubler, puisque la paralysie alterne ne correspondait pas à une altération de la protubérance annulaire, mais bien à un ramollissement aigu de l'hémisphère cérébelleux.

L'existence de la paralysie alterne dans des semblables conditions est tout à fait exceptionnelle; nous n'avons pu retrouver de cas analogues, et nous sommes autorisés à admettre qu'il n'en existe pas, puisque M. Luys, dans son travail sur le cervelet ne parle pas de ce signe. Notre distingué collègue dit bien qu'on rencontre tantôt l'hémiplégie directe, et tantôt l'hémiplégie croisée à peu près en égale proportion; mais de la paralysie alterne, il n'en est pas même fait mention.

MOELLE ÉPINIÈRE. — Les lésions du cordon rachidien et de ses enveloppes, quoique peu nombreuses, n'en ont pas moins d'intérêt.

M. Voisin vous a communiqué l'observation très-remarquable par sa rareté d'un homme qui sous l'influence de l'ivresse alcoolique, était resté toute une nuit exposé à un froid intense. Dès le matin même, il survint une faiblesse considérable des membres avec refroidissement et douleurs des extrémités ; bientôt apparut la perte complète de la sensibilité et de la motilité, d'abord aux membres inférieurs avec paralysie de la vessie et du rectum, abolition de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaires, et le malade succomba au bout de 20 jours.

Le cerveau était intact ; mais la moelle offrait dans la moitié inférieure de sa portion cervicale et le commencement de sa portion dorsale une altération évidente même à l'œil nu. A ce niveau la pie-mère et l'arachnoïde avaient une teinte opaline due à des produits plastiques blanchâtres accolés à la face interne de cette dernière, et la substance médullaire, dans une étendue d'un centimètre, était réduite en bouillie d'une couleur gris rougeâtre. Ce ramollissement occupait toute l'épaisseur de la moelle, de sorte qu'au centre de cet organe se voyait une sorte de cavité.

Toutes les fois que la mort survient par congélation, elle est due à une congestion cérébrale ou pulmonaire ; mais le ramollissement de la moelle par le seul fait de la congélation de ses vaisseaux sanguins est très-rare. Il n'en existe pas d'exemple dans nos bulletins, et le seul cas, à peu près analogue que je connaisse se trouve dans l'ouvrage de Romberg (1). J'ai cru à propos d'en donner un court résumé que je dois à l'obligeance de M. Voisin.

Un étudiant en philosophie, âgé de 23 ans, s'enivre au mois d'août 1840, et s'expose en cet état à l'action du froid ; trois semaines après, Romberg le voit et constata la paralysie des membres à gauche, et de la face à droite. Dans les qua-

(1) Romberg. — Lehrbuch der Nerven Krankheiten.

tre dernières semaines de la vie, affaiblissement des forces physiques et intellectuelles; difficulté de la déglutition, mort en novembre :

Hyperémie notable des hémisphères cérébraux à la surface et dans la profondeur; exsudats plastiques entre l'arachnoïde et la pie-mère; tumeur volumineuse dans la moitié droite du pont de Varole, laquelle est formée d'un gros caillot sanguin disposé par couches comme dans les vieux sacs anévrysmaux.

Un fait d'un autre genre, non moins intéressant, recueilli par M. Regnard, est celui d'une femme atteinte de paralysie générale avec délire ambitieux, qui présentait à la partie postérieure du cou et sur le dos de chaque main l'érythème pellagreuX très-caractérisé, et qui succomba dans un état d'émaciation extrême avec diarrhée. L'autopsie révéla des lésions très-curieuses : outre une dégénérescence graisseuse du cœur et du foie, les cordons postérieurs de la moelle avaient subi cette dégénérescence particulière qu'on a décrite sous le nom de sclérose et qui est caractérisée par la présence anormale d'un grand nombre de corpuscules du tissu conjonctif. Cette communication nous valut sur l'étiologie de la pellagre des renseignements précieux de la part de M. Bouchard qui vous fit observer que les lésions médullaires n'étaient point rares dans cette maladie, et avaient déjà été décrites par MM. Ginrue et Hamot.

Les recherches de notre collègue M. Bouchard sur la sclérose de la moelle ont été accueillies avec la plus vive sympathie au congrès médical de Lyon; mais vous avez eu les prémices de ce travail à propos de la présentation par M. Lacroisille d'une tumeur épithéliale de la partie antérieure de la dure-mère rachidienne, qui avait amené une rétraction spasmodique progressive, mais complète des deux membres inférieurs.

Dans le rapport de M. Bouchard, annexé à cette observation, vous trouverez une étude très-complète, au point de vue historique et histologique, des tumeurs épithéliales, qui ont été souvent décrites à tort sous le nom de tumeurs encéphaloïdes de la dure-mère rachidienne, une description exacte de tous les symptômes qui s'observent dans les cas de com-

pression chronique de la moelle, au-dessus du renflement lombaire, quelle qu'en soit la cause, et un exposé des recherches personnelles de l'auteur sur les altérations médullaires consécutives. L'étude des lésions secondaires de la moelle, dans les cas de maladie primitive de cet organe, remonte à 1853. M. Turck, de Vienne, a décrit à cette époque, dans plusieurs cas de compression de la moelle, des altérations des divers systèmes de faisceaux analogues à celles qu'il avait étudiées en 1851, mais qui s'étaient développées consécutivement à une lésion primitive du cerveau. Dans les cas de compression de la moelle, il a trouvé une atrophie ascendante des tubes nerveux dans les cordons postérieurs et la partie postérieure des cordons latéraux, et une atrophie descendante des cordons antéro-latéraux. Dans le fait qui nous occupe, M. Bouchard est arrivé à des résultats un peu différents :

Au-dessus de la tumeur, existait une altération des cordons postérieurs caractérisée par une atrophie ascendante avec raréfaction des tubes nerveux, qui s'étendait de bas en haut jusqu'au quatrième ventricule, où elle se terminait en pointe; les cordons antérieurs et latéraux étaient intacts. Au-dessous de la tumeur, raréfaction des tubes dans la partie postérieure des cordons latéraux exclusivement.

Nous ne saurions trop encourager M. Bouchard dans cet ordre de recherches, lui souhaitant les mêmes succès que ceux qu'il a déjà obtenus.

Système circulatoire.

COEUR ET SON ENVELOPPE. — Je signalerai d'abord un exemple des plus remarquables de péricardite hémorrhagique rapporté par Fernet. Tout dans ce fait mérite d'attirer votre attention : le début insidieux de la maladie, la gravité de certains symptômes, qui ne se rencontrent pas généralement dans la péricardite, et, enfin, la cause des accidents, qui fut révélée par l'autopsie ; c'est que, dans ce cas, il s'agissait d'une de ces péricardites qui avait marché lentement, sans faire souffrir le malade : peu à peu, il s'était formé des néomembranes

qui s'étaient organisées et vascularisées, et la rupture de vaisseaux de nouvelle formation avait suffi pour produire un épanchement de plus de deux litres de sang. Nous voyons donc ici l'hémorrhagie intra-péricardique se faire par un processus analogue à celui qu'on a invoqué pour expliquer les hémorrhagies de l'arachnoïde.

Trois ruptures du cœur, cette cause si fréquente de mort subite, sont venues se joindre à la collection déjà si nombreuse que possèdent vos bulletins de faits de ce genre. Cette lésion, comme vous le savez, ne se rencontre guère que chez les vieillards, et est due, comme le prouvent suffisamment les pièces qui ont été mises sous vos yeux par MM. Larcher, Lacrousille et Archambault, à la dégénérescence des fibres musculaires du cœur. Voici, en effet, ce qui se passe : Les faisceaux striés sont d'abord envahis par les granulations protéiques, qui se développent surtout sur les parois du sarcolemme, puis la fibre striée est détruite, et il ne reste plus que les tubes du myo-lemme, qui disparaissent même en certains points, si bien que la fibre musculaire qui n'offre plus de résistance, se rompt sous l'influence de l'ondée sanguine.

ARTÈRES. — Si les ruptures du cœur sont fréquentes, il n'en est pas de même de celle des gros troncs artériels; aussi dois-je mentionner tout spécialement deux cas de déchirure de l'aorte, présentés par MM. Magnan et Lacrousille. Le malade de M. Magnan était jeune encore (il n'avait que quarante ans), et cependant la tunique interne de l'aorte présentait un grand nombre de plaques jaunâtres, athéromateuses et crétacées, et, près de la naissance de l'artère sous-clavière, une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs, plus que suffisante pour causer la mort. Le malade de M. Lacrousille, contrairement à celui de M. Magnan, avait présenté tous les signes généraux d'une affection cardiaque, bien qu'on n'en constatât pas les symptômes stéthoscopiques, et il se produisit, près de l'origine des vaisseaux artériels qui partent de la crosse de l'aorte, une longue déchirure de cinq centimètres environ, qui permit au sang de fuser le long des artères pulmonaires et des bronches.

Un bon nombre d'anévrysmes de l'aorte vous ont été soumis, et plusieurs offrent de l'intérêt, bien qu'à des titres différents. Dans le premier, que vous devez à M. Bourneville, il s'agit d'un anévrysme de l'aorte thoracique, qui siégeait au niveau des 7^e, 8^e et 9^e côtes, et causait des douleurs très-vives au malade qui en était atteint. M. Goupil, dans le service duquel il était placé, fit maintenir des applications de glace sur la tumeur. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs devinrent plus supportables, et la tumeur diminua de volume. Au bout de quelque temps, le malade succomba à la phthisie pulmonaire. Dans l'observation, qui se trouve très-détaillée dans vos bulletins, le présentateur l'a donnée comme un exemple de guérison d'anévrysme aortique, se fondant sur ce que toute communication était abolie entre l'aorte et la tumeur anévrysmale, devenue solide par le dépôt de caillots successifs. Nous avons laissé ce mot dans le titre de l'observation, et nous croyons que l'application continue de la glace n'a pas été sans influence sur la formation de ces caillots ; mais la multiplicité des lésions coexistantes, la dégénérescence de l'aorte, qui se fait simultanément en des points divers, prouvent une fois de plus qu'en présence d'une affection semblable, le médecin ne devra guère se flatter de l'espoir de la guérison.

M. Maindron a rencontré un type très-remarquable d'anévrysme disséquant, qui s'étend à toute la longueur du tronc aortique. L'extrémité terminale de cette artère était remplacée par une tumeur sphérique mesurant 9 centimètres de hauteur sur 22 de circonférence, d'où se détachaient les artères iliaques primitives, dilatées en forme de fuseau depuis leur origine jusqu'à leur division en iliaque externe et hypogastrique. Bien que la lésion principale siégeât à la terminaison de l'aorte, c'était à la crosse de l'aorte, six centimètres au-dessus de l'origine des valvules que s'était produite la déchirure des tuniques, d'où un épanchement sanguin dans le péricarde et mort subite.

Se fondant sur la présence d'une couche de fibres circulaires adossée à la tunique externe, M. Maindron adopte l'opinion de Peacock, qui, d'après ses expériences, place l'anévrysme

disséquant dans les lamelles de la tunique moyenne, tandis qu'il est généralement admis qu'il siège entre la tunique moyenne et la tunique externe décollée.

La crosse de l'aorte est le plus souvent atteinte de dilatation anévrysmale, c'est ce qu'ont établi les présentations qui suivent. M. Cornil a vu périr sous ses yeux un homme, jeune encore, d'hémoptysie foudroyante ; à l'autopsie, il a trouvé un petit anévrysme de la crosse aortique en forme de cupule, qui s'était ouvert dans la bronche gauche par une petite perforation. Dans les faits de MM. Duguet et Hayem, au contraire la mort n'est survenue que lentement, par asphyxie, dans le premier cas, par compression de la trachée, dans le second, par compression et oblitération partielle de la veine cave supérieure.

Enfin, je ne ferai que rappeler un curieux exemple d'anévrysme de l'artère mésentérique supérieure qui vous a été montré par M. Legroux, cette pièce n'ayant d'autre mérite que celui de curiosité scientifique.

La dégénérescence des parois des artères dont j'ai parlé tout à l'heure m'amène tout naturellement à la question des embolies artérielles. J'ai déjà montré le rôle que jouent les caillots sanguins migrants dans la production du ramollissement cérébral, mais je tiens à citer comme digne d'être remarquée une courte, mais très-intéressante communication de M. Fritz à ce sujet. Il s'agit d'une embolie de l'artère carotide interne, dont le point de départ était une ulcération de la valvule mitrale.

Le diagnostic n'avait pas été fait pendant la vie du malade, sur lequel on n'avait aucun renseignement. Il présentait les phénomènes suivants : Paralysie des extrémités et de la face, du côté opposé à la lésion, chémosis et bouffissure de la paupière. Ce fait est, à ma connaissance, le premier qui ait été signalé en France.

Dans ce cas, nous voyons que l'ulcération d'une des valvules du cœur a produit l'oblitération d'un vaisseau ; dans une observation de M. Lamare, les lésions sont bien plus nombreuses et bien plus variées. Les valvules aortiques étaient ulcérées et parsemées de végétations molles et ramollies

aussi sous l'influence de l'ondée sanguine des débris détachés avaient pénétré dans les capillaires du rein et du foie, d'où la présence d'un infarctus des mieux caractérisés. Malgré la brièveté des détails avec lesquels cette observation se trouve dans vos bulletins, je n'hésite pas à la considérer comme un exemple de cette affection nouvellement étudiée sous le nom d'endocardite ulcéreuse.

L'artère pulmonaire, veine par le sang qu'elle charrie, artère par sa structure et son rôle physiologique, sert naturellement de transition entre le système veineux et le système artériel ; aussi ne saurai-je mieux placer le travail de M. Reynaud sur les embolies de l'artère pulmonaire. Chargé de vous faire un rapport sur deux faits de ce genre présentés par M. Ledentu, notre distingué collègue, qui sait si bien imprimer un cachet d'originalité aux sujets qu'il aborde, s'est attaché à la partie physiologique de la question. Comment meurt-on dans l'embolie ? Par asphyxie ou par syncope ? Par le cœur ou par le poumon ?

Il paraît tout naturel d'admettre que la mort arrive par asphyxie, lorsqu'on voit l'artère pulmonaire oblitérée presque entièrement par un de ces caillots volumineux replié, contourné sur lui-même comme il existe dans la première observation de M. Ledentu ; mais en est-il toujours ainsi ? M. Reynaud en doute. Dans la plupart des cas, on ne trouve pas un obstacle suffisant pour supprimer les fonctions du poumon, et il reste encore une étendue de surface respiratoire suffisante pour l'entretien de la vie pendant un certain temps. Tout s'explique, au contraire, si l'on tient compte de l'entrave subitement apportée aux contractions cardiaques. Les phénomènes ultimes de la mort par embolie se diviseraient donc en deux temps : un temps d'arrêt mécanique des mouvements du cœur, et un second temps caractérisé par une suspension plus ou moins complète des échanges gazeux dans l'intimité des cellules pulmonaires : syncope, puis asphyxie, et l'asphyxie serait d'autant plus promptement funeste que la syncope aurait été plus longtemps prolongée. Pour parler le langage de Bichat, il y aurait eu simultanément, ou du moins

dans un espace de temps très-court, mort par le cœur et mort par le poumon.

A l'appui de cette théorie, M. Raynaud cite ce fait de M. Ledentu : Un homme atteint de cancer au testicule, dix-neuf jours après la castration, meurt subitement et presque en parlant. La veine cave inférieure contenait un petit fungus cancéreux, et l'oreillette et le ventricule droit renfermaient un certain nombre de caillots fibrineux dans l'intérieur desquels se voyaient, au microscope, des cellules semblables à celles du tissu cancéreux. Or, l'examen attentif des bronches et des rameaux de l'artère pulmonaire n'y ayant fait découvrir aucun caillot, il est difficile ici d'invoquer l'asphyxie. L'embolie pulmonaire était imminente, mais elle n'eut pas lieu ; il n'y a eu qu'embolie cardiaque, suivant l'heureuse expression de M. Raynaud, et une syncope mécanique a suffi pour tuer le malade sans intervention de l'asphyxie.

Cette théorie, grâce à son originalité, ne pouvait passer inaperçue ; aussi plusieurs de nos collègues, MM. Bouchard, Paul et Labbé lui firent-ils des objections basées sur la physiologie. Ce n'est pas avec deux faits seulement, dit lui-même M. Raynaud, qu'il est possible de trancher une question ; mais une fois les conditions du problème nettement posées, et c'est là le mérite de M. Raynaud, la solution ne tardera pas à se faire attendre.

VEINES. — M. Fritz nous a communiqué deux exemples de phlébite du sinus latéral consécutive à une carie du rocher, et vous a montré que cette affection était souvent méconnue. Des recherches récentes ont été faites sur ce sujet, et vous ne devez point oublier, Messieurs, qu'à notre collègue revient une grande part de ces travaux, témoins ses anciennes présentations et l'excellent rapport de M. Luton.

Appareil respiratoire.

Les lésions de cet appareil n'ont été l'objet que d'un petit nombre de présentations. Je vous en rappellerai seulement

trois. M. Robertet a donné ses soins à un enfant de huit ans, qui ayant avalé en jouant un corps étranger, fut apporté à l'hôpital des Enfants, présentant tous les signes d'une pleuro-pneumonie, tandis que rien dans l'auscultation ne pouvait faire prévoir la présence d'un corps étranger dans un point quelconque de l'arbre aérien. Malgré un traitement des plus énergiques et la thoracentèse pratiquée *in extremis* l'enfant succomba. Les lésions révélées par l'autopsie, furent les suivantes: Pleurésie et gangrène du poumon; la bronche gauche était complètement oblitérée par l'embout en bois d'une ombrelle, fortement engagé au-dessus de la bifurcation de cette bronche, et tout porte à croire que là réside la cause de la gangrène du poumon, si rare chez les enfants.

M. Lacrouzille a rencontré à l'autopsie d'une femme de la Salpêtrière, une pneumonie chronique, accompagnée de dilatation bronchique. Bien que dans ce fait, il existât simultanément des tubercules il y avait bien réellement phlegmasie ancienne du tissu pulmonaire, offrant une couleur grise, ardoisée et circonscrivant des cavités formées par les bronches dilatées, puis il y avait un épaississement très considérable de la plèvre et une grande quantité de tissu fibreux autour des terminaisons bronchiques dilatées.

Enfin, M. Guéniot a attiré votre attention sur l'état des poumons de ces enfants, qui succombent promptement après leur naissance à cet état d'imperfection fonctionnelle qu'on désigne du nom de faiblesse congénitale.

Appareil digestif.

ESTOMAC — Depuis longtemps les lésions de cet organe ont suscité de nombreuses recherches qui se trouvent consignées dans la collection de vos Bulletins; mais les faits d'hypertrophie partielle des parois de l'estomac, ne sont pas très fréquents; aussi ne puis-je passer sous silence, le rapport si instructif de M. Cornil, sur une présentation de M. Carrière. Après avoir nettement établi dans ce cas, l'existence de l'hypertrophie simple constituée par du tissu conjonctif et mus-

culaire de la vie organique sans mélange d'aucun élément, hétérogène, M. Cornil passe rapidement en revue les travaux parus antérieurement sur ce point d'anatomie pathologique, les compare aux recherches récentes des auteurs allemands, et esquisse en quelques traits les causes et les symptômes de cette affection, qui n'est presque jamais mise en question au lit des malades, lorsqu'on se trouve en face d'une maladie de l'estomac.

Je ne ferai que rappeler les observations d'ulcères simples et cancéreux de l'estomac, qui vous ont été présentés, ainsi que deux cas de polypes formés par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse de cet organe.

INTESTIN.— Si les polypes de l'estomac ne se rencontrent pas fréquemment, plus rares encore sont ceux de l'intestin. C'est ce qu'a prouvé M. Dubrueil, dans un rapport sur une présentation de ce genre faite par M. Fernet. Ce travail, Messieurs, est digne de votre attention, car il renferme toute une monographie sur cette affection, et c'est la première qui ait été faite. M. Fernet n'a pu rassembler que neuf observations, de l'analyse desquelles il est autorisé à admettre que les polypes de l'intestin grêle peuvent être de trois espèces : par hypertrophie musculaire, par hypertrophie cellulaire, par hypertrophie muqueuse ou glandulaire. Les symptômes des polypes de l'intestin grêle, comme ceux de l'estomac, sont complètement nuls; ils ne paraissent produire par eux-mêmes aucun accident sérieux; mais ils constituent une prédisposition singulière à l'invagination, et c'est assez signaler leur gravité.

Deux faits d'étranglements internes vous ont été montrés; chacun d'eux mérite une mention spéciale. Dans le premier, dû à M. Fontan, il y avait deux étranglements, comprenant une anse intestinale distendue par des gaz et des matières fécales; une adhérence pseudo-membraneuse, unissant un pli de l'épiploon et l'intestin grêle, comprimait celui-ci de façon à intercepter complètement le passage des matières, 80 centimètres au-dessous de ce premier étranglement, le bout inférieur de l'intestin enroulé sur lui-même constituait un

second système d'étranglement qui portait sur le bout inférieur en deux points. Il y avait, d'une part, une bride qui comprimait une anse intestinale, et, de l'autre, l'intestin adhérait à l'extrémité de cette dernière anse. C'est entre ces deux points ainsi étranglés que se trouvait l'anse intestinale dilatée. Or, comme l'a judicieusement fait remarquer M. Desprès, dans son rapport sur cette pièce, si l'entérotomie avait été tentée, cette anse intestinale dilatée eût pu se présenter à la place faite à l'abdomen, et l'on n'eût pas manqué de croire que l'on était sur le bout de l'intestin situé au-dessus de l'étranglement.

Dans le second, recueilli par M. J. Besnier, l'étranglement s'était produit de la façon suivante : une anse intestinales'était engagée à travers le grand épiploon, qui formait ainsi une bride circulaire. Cette bride s'était en partie rompue à sa partie inférieure, sous le poids de l'anse étranglée, et il est permis de penser que l'étranglement aurait pu se réduire naturellement, si l'on eût prolongé la vie du malade de quelques jours, en donnant issue aux matières fécales par la gastrotomie.

Enfin, pour terminer ce qui a rapport aux lésions du tube digestif, M. Lacrouzille vous a montré de nombreuses ulcérations de l'intestin grêle rencontrées à l'autopsie d'une femme morte d'un cancer de l'utérus, et M. Cornil a trouvé la même altération chez un jeune homme qui avait succombé à une scarlatine suivie de purpura hémorrhagique. Les particularités de cette observation méritent de vous être rappelées.

Il s'agit d'un homme de 26 ans, qui, dans de bonnes conditions, est atteint d'une scarlatine, dont les prodromes, plus longs que de coutume, durent quatre jours; dans la période de desquamation, survient un purpura qui envahit successivement presque toute la surface de la peau; peu de jours après le début du purpura, se montrent d'abondants vomissements bilieux mélangés de sang, une hémorrhagie intestinale et de la diarrhée. Les urines ne tardent pas aussi à contenir du sang. L'état général du malade, épuisé par les hémorrhagies et l'abondance des évacuations, ressemble beaucoup à celui de la fièvre typhoïde, et il meurt avec des symptômes de pyémie, des parotidites, des pustules au nez et aux pau-

pières, et un œdème érysipélateux du front. A l'autopsie, on trouve des abcès métastatiques des poumons et du rein, des ecchymoses de l'estomac et de la vessie, des ulcérations de ce dernier organe et de l'intestin grêle. Qu'une ulcération de l'intestin grêle soit le fait de la scarlatine ou du purpura, peu importe. Mais nous tenions à rappeler cette observation, comme un nouvel exemple de la corrélation des lésions qui se produisent simultanément sous le derme et à la surface des muqueuses, dans la classe des maladies dites des poisons morbides et des altérations du sang, dans lesquelles personne ne refusera de faire entrer la scarlatine et le purpura, et, à ce sujet, nous rapprocherons les ulcérations de la muqueuse digestive développées dans cette bizarre et terrible affection qu'on appelle pemphigus cachectique, soit qu'elles se rencontrent dans l'intestin grêle, comme M. Chaluët vous en a montré, soit qu'elles existent sur la muqueuse gastrique, comme M. Guérard nous l'a fait voir cette année même.

FOIE. — Vos bulletins de cette année renferment plusieurs recherches intéressantes sur les maladies de la glande hépatique. Vous devez à M. Fontan une observation d'ictère grave ayant offert des symptômes insolites. Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui, après avoir présenté tous les signes d'un ictère bénin, fut pris tout à coup de prostration extrême et de coma, et succomba en quelques jours. Il n'y eut pas de délire, pas de phénomènes d'excitation, contrairement à ce qui s'observe si souvent au début, et enfin, ce qui est beaucoup plus rare dans cette affection, que certains auteurs, M. Monneret, entre autres, appellent ictère hémorrhagique. Il y eut absence complète d'hémorrhagies, se traduisant à l'extérieur, soit par des pétéchies, soit par des épistaxis ou des selles sanguinolentes.

A l'autopsie, on trouva une atrophie des plus manifestes du foie.

Il était réduit à plus de la moitié de son volume, aplati et mesurant à peine un pouce d'étendue à la partie la plus épaisse du lobe droit. Extérieurement et intérieurement, il

offrait une couleur d'un jaune d'ocre très-vif, uniforme et parsemée d'ecchymoses rougeâtres.

L'examen histologique fait par M. Cornil a démontré qu'il s'agissait d'un cas type d'atrophie aiguë du foie. Les lobules étaient petits, et, sur des coupes, on voyait les cellules formant l'îlot hépatique entièrement infiltrées de granulations pigmentaires jaune safran, qui donnaient au foie sa couleur visible à l'œil nu, et, sur beaucoup de points, les cellules hépatiques avaient en partie disparu. L'appareil excréteur du foie était parfaitement perméable, et il ne présentait aucune trace d'ulcération. Enfin, pour compléter les détails nécroscopiques, j'ajouterai que les reins offraient une couleur jaunâtre, et que les tubes urinifères de la substance corticale avaient leurs cellules infiltrées de granulations de pigment biliaire.

Toutes les fois qu'une découverte est faite en anatomie pathologique, la Société anatomique se trouve bientôt à même de la vérifier et de la contrôler ; c'est ce qui est arrivé pour la stéatose du foie. Il y avait à peine quelques mois qu'avait paru la thèse de notre collègue, M. Chédevergne, qui, comme vous le savez, a le premier décrit en France la stéatose hépatique dans la fièvre typhoïde, que M. Damaschino mettait sous vos yeux plusieurs foies provenant de malades atteints de fièvre typhoïde, et qui avaient succombé à diverses périodes de cette affection. Vous avez pu voir, ce qui était déjà prouvé par l'empoisonnement phosphorique, que la dégénérescence graisseuse se fait, dans certains cas, avec une grande rapidité, car, dans deux cas, il n'y avait eu que neuf jours de maladie.

Enfin, pour en finir avec l'appareil hépatique, mentionnons une déchirure du foie, qui vous a été présentée par M. Lédentu, et deux foies atteints de ces altérations qu'on est convenu de rattacher à la syphilis, qui vous ont été montrés par MM. Perruchot et Perret.

Appareil urinaire.

J'ai déjà signalé, en parlant du système vasculaire, des désordres que produisaient dans la structure du rein les

troubles apportés à la circulation de cet organe, témoin les infarctus dus à des embolies de l'artère rénale et de ses branches; mais le fait inverse peut se présenter; les lésions du rein peuvent troubler la circulation générale et amener consécutivement une altération du cœur. Un auteur allemand, Traube, admet que le ventricule gauche s'hypertrophie mécaniquement à la suite des capillaires du rein: et cette hypothèse paraît fort plausible, si l'on songe à la grande quantité de sang qui est apportée aux reins. M. Fritz vous a montré un fait à l'appui de cette théorie: chez une femme albuminurique, morte dans le service de M. Trousseau, les reins offraient le dernier degré de l'atrophie brightique, à tel point que, dans les derniers jours, la sécrétion urinaire ne se faisait plus; il existait une hypertrophie du ventricule gauche, sans aucune lésion valvulaire. Mais cette lésion est-elle aussi fréquente que le veut le professeur de Vienne, n'y a-t-il pas là qu'une simple coïncidence? c'est ce qu'il appartient à nos collègues de vérifier.

Un bel exemple d'atrophie complète du rein, due à la présence d'un calcul, vous a été soumis par M. Fontan; il est à remarquer qu'aucune souffrance du côté de l'appareil urinaire ne s'était manifestée pendant la vie du malade; mais il ne faut pas croire que les calculs du rein aient habituellement cette marche; bien loin de là, et nous en avons la preuve dans le fait de M. Dacorogna, où la présence d'un calcul rénal volumineux avait amené la mort par résorption purulente.

Le volume des calculs rénaux explique l'innocuité qui se remarque dans certains cas; car il n'est pas rare de trouver par hasard, à l'autopsie, une oblitération de l'uretère due à un ancien calcul, sans qu'il en soit résulté aucun trouble pour la santé, et vous avez pu le voir manifestement dans le bel exemple d'hydronéphrose que vous a montré M. Dodeuil. L'uretère droit ayant été oblitéré par un calcul, le rein correspondant a complètement disparu, et l'on ne trouvait à la place qu'une partie formée par le bassin dilaté; le rein gauche, au contraire, qui suffisait pour la sécrétion urinaire, s'était notablement hypertrophié.

À côté des reins, je placerai, pour suivre l'ordre anatomo-

mique, les présentations faites sur les capsules surrénales, qui sont au nombre de deux. Dans la première, due à M. Duguët, il s'agissait d'une femme qui avait succombé à la cachexie connue sous le nom de maladie d'Addison. Les capsules surrénales étaient parsemées de granulations jaunâtres, tuberculeuses ; mais, par contre, dans la seconde, M. Regnard vous a montré les capsules surrénales parfaitement saines d'un paralytique général qui avait eu la coloration bronzée de la peau aussi prononcée que possible. Ces deux faits viennent pleinement à l'appui des opinions énoncées par notre collègue, M. Martineau, dans sa thèse.

Quelques pièces relatives aux maladies de la vessie ne doivent pas passer inaperçues. Ainsi M. Le Dentu vous a montré une vaste ulcération de cet organe qui avait amené une péritonite mortelle. Le séjour à demeure d'une sonde dans la vessie, pendant trois jours seulement, avait suffi pour produire une énorme perte de substance. Cet exemple, qui n'est pas unique dans son genre, du danger des sondes à demeure, ne doit pas être oublié des chirurgiens.

M. Lacrouzille a observé, à la Salpêtrière, une gangrène de la vessie chez une vieille femme. Enfin M. Carrière vous a rapporté, dans une observation très-détaillée, les difficultés qu'avait offertes à la lithotritie un calcul vésical qui s'était développé autour d'une tige métallique.

Organes génitaux.

Le chapitre des monstruosité, sur lequel j'ai largement insisté, est riche en vices de conformation de ces divers organes dans les deux sexes ; comme anatomie pathologique de l'homme, je ne mentionnerai qu'un cas très-curieux d'arrachement des organes génitaux, survenu dans les circonstances suivantes : un homme était occupé, dans une raffinerie, à graisser des rouages, au-dessus d'un arbre de transmission en mouvement, et horizontalement situé à deux mètres environ au-dessus du sol, lorsque son tablier est saisi dans le mouvement de rotation de l'arbre, et lui-même est en-

traîné et précipité à terre après avoir exécuté, sans doute, un demi-tour avec l'arbre en mouvement. Lorsqu'on alla à son secours, il était étendu sur le dos, son tablier et la moitié antérieure et supérieure de son pantalon avaient été arrachés, ainsi que les organes génitaux, à part la verge. On l'apporta à l'hôpital dans l'état suivant : la verge était complètement dépouillée de son fourreau, le prépuce arraché à la base même du gland, tout autour de la couronne, et la section était d'une netteté parfaite. Le scrotum avait été arraché avec les deux testicules et une portion de la peau du pénis, au-dessus de la base de la verge : en ce point, la section de la peau était parfaitement nette. Latéralement, l'arrachement avait eu lieu au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, des deux côtés, et, en arrière, au niveau de la racine de la cuisse; sur la ligne médiane, une languette cutanée de la peau du périnée avait été enlevée; eh bien, chose remarquable, les suites de cette affreuse mutilation ont été des plus simples.

M. Damaschino a mis à profit trois présentations de corps étrangers de la tunique vaginale, faites par M. Legroux, pour éclairer cette question. Après avoir montré, dans son rapport, la rareté de ces produits, et rappelé les auteurs qui s'en sont occupés, notre collègue s'est surtout attaché à étudier leur mode de conformation. Sans rejeter complètement le mode d'origine que Hunter, puis M. Velpeau, avaient cru devoir admettre pour la production des corps étrangers des synoviales, je veux parler des transformations du caillot sanguin, M. Damaschino admet que ces corps sont le résultat d'une inflammation ancienne, et voici comment il explique leur mode de conformation. De même que pour les autres séreuses, lorsqu'une inflammation se produit dans la tunique vaginale, du liquide est sécrété dans sa cavité, et il se fait, en même temps, un dépôt de lymphé plastique. Le liquide se résorbe, mais la fausse membrane persiste, subit des transformations lentes, et passe à l'état fibreux, avec ou sans dépôts calcaires. D'autres auteurs pensent que le blastème est déposé dans le tissu conjonctif sous-jacent à la séreuse, et qu'il subit des transformations par hypergénèse ou hyperplasie des éléments primitifs de la tunique albugineuse ou de la séreuse.

Quoi qu'il en soit, une fois la transformation fibreuse ou fibro-cartilagineuse commencée, elle continue, et souvent d'une manière inégale, en plusieurs points. Ceux qui se développent davantage font saillie, se pédiculisent, puis se détachent et deviennent flottants. Mais il est à remarquer que ces transformations s'effectuent toujours sans production de vaisseaux dans l'intérieur du blastème, et que la nutrition de ces corps flottants s'effectue par la simple imbibition du liquide qui les baigne.

Les organes génitaux de la femme ont donné lieu à quelques présentations intéressantes : M. Painetvin a mis sous vos yeux un polype utérin d'un volume considérable, et qui avait occasionné de tels désordres que, quand la malade entra dans le service de M. Richet, elle présentait tous les signes de début d'une péritonite. Comme la péritonite pouvait être due à la présence du polype, l'extirpation en fut faite, mais la mort eut lieu au bout de deux jours, et l'autopsie fit découvrir la vraie cause des accidents, un abcès de l'ovaire gauche.

M. Caresme a inséré dans vos bulletins une longue et très-complète observation d'hématocèle péri-utérine due à une rupture de l'ovaire, à la suite d'un épanchement sanguin dans son intérieur. La femme qui en fait le sujet avait éprouvé, pendant six semaines, des troubles de la menstruation, lorsqu'elle fut prise d'accidents graves qui se terminèrent par une péritonite foudroyante. Or, les lésions constatées à l'autopsie étaient les suivantes : Epanchement de sang dans le péritoine, hématocèle rétro-utérine communiquant avec la cavité péritonéale, tumeur sanguine de l'ovaire droit avec caillot adhérent à la trompe et à l'ovaire, tumeur qui communiquait avec l'hématocèle. En rapprochant les faits de l'autopsie des signes observés pendant la vie, on s'explique facilement la marche de la maladie. Aux troubles de la menstruation correspond la formation de la tumeur de l'ovaire droit, les symptômes aigus qui éclatèrent quatre jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital s'expliquent par la formation de l'hématocèle rétro-utérine à la suite de la rupture de la tumeur ovarique, et, enfin, la péritonite hémorragique est due à la rupture de l'hématocèle. Cette observation nous offre un type remarquable

d'hématocèle due à une rupture de l'ovaire ; or, vous le savez, Messieurs, la rupture de l'ovaire, considérée dès le début comme la source à peu près constante des épanchements pelvi-péritonéaux chez la femme, est maintenant regardée comme une des causes les moins fréquentes, si bien que MM. Bernutz et Goupil (Clinique des maladies des femmes), qui ont soumis à une critique des plus consciencieuses tous les faits de ce genre, n'admettent que cinq cas qui puissent légitimement passer pour des exemples de rupture de l'ovaire, en dehors de l'état puerpéral.

Organes des sens.

M. Broca vous a communiqué un travail très-original sur la couleur des yeux des Albinos. Chez les personnes atteintes de cette anomalie bizarre, le fond de l'œil, vu à travers la pupille, est rouge de sang, et l'iris, vu dans son ensemble, à un mètre de distance, paraît d'un rouge uniforme. A quoi tient cette coloration ? A la disposition suivante : La face postérieure de l'iris, à l'état normal, est tapissée d'une couche de pigment très-opaque ; chez l'Albinos, le pigment fait entièrement défaut. Les cellules pigmentaires existent, mais sont parfaitement transparentes, et la couleur rouge des innombrables vaisseaux des membranes profondes de l'œil n'étant plus écrasée par la couleur noire du pigment de la choroïde, se montre dans toute sa pureté. Les lignes rouges qu'on remarque sur l'iris sont dues à un agencement des faisceaux rayonnés iridiens, qui forment de petites lacunes, des espaces vides, à travers lesquels se reflète le fond rouge de l'œil.

Une communication de M. Guéniot sur le même sujet vient pleinement confirmer l'opinion émise par notre savant collègue.

Ainsi s'expliquent les troubles de la vue chez les Albinos. Les espaces transparents formés par les fibres iridiennes constituent autant de petites pupilles à travers lesquelles les rayons lumineux pénétrant dans l'œil vont former sur la rétine autant d'images anormales qui altèrent la netteté de

l'image principale formée par les rayons pupillaires. Certains Albinos, par exemple, n'y voient qu'au grand jour : sous l'influence d'une lumière vive, en effet, l'iris se contracte, les espaces transparents deviennent très-étroits, et ces petites pupilles supplémentaires laissent à peine passer quelques rayons lumineux qui ne troublent plus sensiblement la vision.

Système osseux.

Comme toutes les années, vous avez vu passer sous vos yeux un grand nombre de fractures. Je citerai tout d'abord plusieurs fractures du crâne produites dans des circonstances exceptionnelles. L'une a été rencontrée par M. Cotard chez une épileptique qui était tombée dans une attaque et s'était fait une plaie contuse au front. La fracture, qui siégeait au niveau de la plaie, occupait la base du crâne, et avait donné lieu à une hémorrhagie intra-crânienne considérable. Dans le fait de M. Hénocque, la fracture était située, au contraire, à la voûte crânienne, et avait été occasionnée par un violent coup de pioche dirigé sur la partie antérieure du crâne. Lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, dans le service de M. Chassaignac, il fut très-facile de reconnaître une fracture par enfoncement à l'union des pariétaux avec le frontal, sur la ligne médiane, au niveau du sinus longitudinal supérieur. Comme il y avait des signes très-manifestes de compression cérébrale, M. Chassaignac pensa qu'il y avait lieu de relier les fragments, ou même d'appliquer une couronne de trépan. La plaie largement débridée, il fut très-facile d'enlever les esquilles osseuses, mais une hémorrhagie se fit jour par une plaie du sinus longitudinal supérieur, et le malade mourut subitement. La discussion qui suivit cette présentation porta principalement sur la cause de la mort, les uns l'attribuant à l'introduction de l'air dans les veines par la plaie du sinus, les autres à une contusion du cervelet trouvée à l'autopsie, et tout porte à croire, comme le fit remarquer M. Panas, que la mort est due à ces deux causes. La pièce que vous a montrée M. Magnan se rapproche tout-à-fait de celle de M. Cotard. Un alcoolique tombe dans un accès épileptiforme, sa tête heurte

le sol, au niveau du temporal : fractures multiples de la base du crâne et hémorrhagie méningée consécutive.

Deux fractures du bassin, toutes les deux multiples, ont été présentées par MM. Rondeau et Cotard ; je ne m'y arrêterai pas, ces lésions ne se rencontrant qu'à la suite de ces traumatismes, au-dessus des ressources de l'art. Il est plus rare de rencontrer, dans ces conditions, la fracture de l'astragale ; cependant M. Malhéné vous en a montré un exemple des plus curieux qui a entraîné l'amputation de la jambe. Quant aux fractures des os longs les plus fréquentes, elles ne sont représentées cette année, dans vos Bulletins, que par une fracture compliquée du fémur, recueillie par M. Bordier, et deux fractures du col du même os, rencontrées par M. Painetvin à l'amphithéâtre de Clamart.

Il en est de même de l'arthrite sèche, une des questions élucidées par les travaux émanés de la Société anatomique. La collection de vos Bulletins s'est enrichie, cette année, de deux pièces relatives à l'affection décrite sous le nom de *morbis coxae senilis*, dues à M. Brouardel. Bien que, dans ces deux présentations, le côté clinique fasse complètement défaut, l'étude des désordres particuliers n'en offre pas moins un certain intérêt.

Le manque de détails cliniques que je viens de signaler se retrouve dans toutes les présentations, très-intéressantes du reste, qui vous ont été faites sur les luxations anciennes ; la raison est très-simple. Ce n'est que dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière que l'on rencontre ces lésions ; les malades qui en sont atteints depuis de longues années les regardant comme une infirmité incurable, n'y attirent jamais l'attention du médecin, et il faut souvent les recherches d'une autopsie minutieuse pour les faire découvrir. C'est ainsi que M. Hayem, en faisant l'autopsie d'un paralytique général, a trouvé une luxation des deux radius en avant, qu'il a donnée comme un exemple de double luxation congénitale, se fondant : 1° sur la parfaite symétrie des lésions des deux côtés ; 2° sur l'intégrité des ligaments, qui semblent n'avoir subi aucune rupture. Comme jusqu'ici on n'a jamais rencontré de luxation radiale congénitale, et que, suivant la juste remarque

de M. Duplay, M. Malgaigne a cité des exemples de luxations pathologiques doubles, sans rupture de fragments, cette pièce, qui avait une grande valeur si l'on eût eu des renseignements sur l'origine de ces luxations, ne peut être invoquée pour trancher le débat. L'ancienne luxation du coude, que M. Magnan a mise sous vos yeux, et qui offre une variété non décrite dans les auteurs classiques (Nélaton, Malgaigne), se trouve dans les mêmes conditions. Le membre du malade n'avait pas été examiné pendant la vie, au point de vue de la possibilité de tels ou tels mouvements. Je dois faire cependant une exception pour l'observation de M. Jolivet, relative à une ancienne luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite ; les symptômes ont été notés avec soin pendant la vie, et la description des parties déplacées est faite avec tout le soin désirable.

Ici, Messieurs, avant de quitter les articulations, je placerais l'étude des lésions qui se rencontrent dans certains cas de rhumatisme articulaire aigu : je veux parler de la suppuration des cavités articulaires dans cette maladie. Notre collègue, M. Jules Guyot, vous a communiqué un long et consciencieux travail sur la terminaison du rhumatisme articulaire par suppuration : c'est une question, qui, vous le savez, a été longuement débattue, parce que, sur ce terrain, deux doctrines se trouvaient en présence. Les uns, se fondant sur la rareté de la suppuration dans le rhumatisme pour rejeter cette affection du cadre des phlegmasies ; les autres, au contraire, se basant sur ce mode de terminaison pour en faire une maladie inflammatoire.

Bien que le rhumatisme articulaire soit peut-être la maladie la plus fréquente dans les hôpitaux de Paris, les cas dans lesquels la suppuration articulaire a été observée sont tellement peu nombreux, que Valleix, dans le rapport qu'il fit à la Société médicale des hôpitaux, en 1831, soutint que toutes les fois qu'on a trouvé du pus dans les articulations, il s'agissait de malades atteints de diathèse purulente. Cette opinion est encore partagée par un certain nombre de médecins, qui pensent que le rhumatisme articulaire bien net, bien franc, ne suppure jamais. Toutes les fois, disent-ils,

qu'on retrouve du pus dans les articulations, lisez les observations et vous verrez signaler une marche insolite de la maladie, qui s'explique, le plus souvent, par les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades, conditions qui les prédisposaient à la pyémie, dont les douleurs articulaires n'étaient que la manifestation.

Pour apporter la conviction dans les esprits, il fallait réunir un nombre suffisant de faits bien observés. C'est ce qu'a fait M. Guyot. Il a rassemblé les diverses observations éparses dans les recueils scientifiques, rapproché les communications faites lors de la discussion de l'Académie de médecine et de la Société médicale des hôpitaux, et, en y joignant un fait qu'il avait observé lui-même, il est arrivé à la conclusion suivante, qui me paraît être l'expression de la vérité :

« Si, dans la grande majorité des cas, le rhumatisme articulaire ne laisse après lui aucune altération notable dans les articulations qu'il a envahies, il en est d'autres sur le diagnostic desquels on ne saurait élever aucun doute, où l'on trouve des altérations bien dessinées, indépendantes de l'intensité et de la durée des accidents locaux du rhumatisme, caractérisées par un état inflammatoire de la synoviale, et, de plus, par la présence du pus.

Vous comprenez, Messieurs, toute l'importance et l'utilité d'un pareil travail ; nous devons savoir gré à notre collègue de l'avoir entrepris et mené à si bonne fin.

Il est une maladie du système osseux qui a donné lieu à beaucoup de travaux depuis quelques années, et qui cependant est souvent méconnue au lit des malades, je veux parler de la périostite phlegmoneuse, décrite encore, sous les noms d'ostéo-myélite, d'ostéo-arthrite épiphysaire suppurée aiguë. Deux observations, recueillies avec beaucoup de soin par M. Henrot, ont donné lieu à un rapport de M. Duguet, qui contient tous les éléments d'une monographie sur ce sujet. Voici le résumé de ces deux faits qui offrent entre eux une grande analogie. Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de treize ans, dont la maladie avait commencé par une douleur fixe au-dessus du genou gauche, accompagnée de phénomènes généraux tels qu'on avait tout d'abord songé à

une fièvre typhoïde. Puis, la douleur devenant atroce, on crut à un rhumatisme; enfin, aux élancements avait succédé une tuméfaction fluctuante. M. Giralès ayant reconnu une périostite phlegmoneuse, fait, de chaque côté de l'extrémité inférieure du fémur, une incision profonde, d'où s'écoule environ un litre de pus; quelques jours après, un érysipèle emporte l'enfant. A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes du fémur: le périoste est épaissi, détruit par places, décollé jusqu'au grand trochanter, et l'extrémité inférieure de la diaphyse fait saillie par l'incision interne; elle est séparée totalement des condyles restés en place et a glissé sur eux. Les deux fragments sont le siège d'une ostéite intense, mais l'épiphyse paraît saine.

Le deuxième cas a été observé chez un enfant de dix ans et demi. Les accidents avaient commencé par une douleur vive et spontanée dans le genou gauche; quelques jours après, s'était montrée une fièvre intense. On crut à un rhumatisme; mais bientôt les phénomènes généraux prirent une gravité insolite, et la fluctuation devint manifeste au niveau du genou. M. Giralès pratiqua deux incisions latérales, mais l'articulation du genou s'emplit de pus; il fallut amputer la cuisse, et l'opérée succomba à l'infection purulente. A l'autopsie, on trouve le fémur dénudé et l'épiphyse détachée de la diaphyse. Ce court résumé suffit pour caractériser cette affection propre à la jeunesse, médicale eu apparence, chirurgicale au fond, inconnue dans son origine, rapide dans sa marche, presque toujours fatale dans son évolution. C'est qu'en effet, la périostite phlegmoneuse n'est pas une affection purement locale, elle débute comme une maladie générale, à la façon des pyrexies; aussi M. Chassaignac qui, un des premiers, a étudié cette question, avait-il proposé de lui donner le nom pittoresque de typhus des membres. Le début insidieux fait le plus souvent méconnaître le danger, vous en avez la preuve dans les deux faits de M. Henrot. Dans le premier, on croit assister à l'évolution d'une fièvre typhoïde, puis on l'abandonne pour un rhumatisme; enfin, et en face de la fluctuation, il faut bien reconnaître l'erreur; dans le deuxième, l'idée d'un rhumatisme domine en premier lieu; ce n'est que la fluctuation qui

ramène au véritable diagnostic. On voit chaque jour la périostite phlegmoneuse confondue avec la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la méningite même et la tuberculose aiguë. Et cependant, comme l'a fait remarquer M. Duguet, au milieu des phénomènes généraux bien faits pour tromper, existe toujours dès le début, une douleur fixe, continue, et ce symptôme doit suffire pour tenir en éveil l'attention du médecin. Il est d'autant plus important de reconnaître le mal dès son apparition, qu'un traitement chirurgical énergique doit être appliqué dès le début, et les quelques guérisons de périostite phlegmoneuse que l'on connait est duc aux grandes incisions faites dès le début. Que peut-on espérer, en effet, d'une incision même profonde, alors que périoste et os sont détruits sur une étendue toujours considérable, alors que le recollement n'est plus possible. C'est quand le pus va naître, et il naît ici rapidement, qu'il faut lui créer une issue. Livré à lui-même, le pus mortifie les tissus et produit de vastes décollements : une incision à cette période n'est plus qu'une opération palliative ; le malade succombe à l'épuisement ou à quelque complication, accidents que ne conjure presque jamais une amputation faite dans des conditions ordinairement déplorables.

Je terminerai les lésions du système osseux en rappelant une tumeur à myéoplaxes du fémur, qui a nécessité la désarticulation de la cuisse, et qui a permis à M. Le Dentu de faire une étude approfondie du système veineux anormal qui s'était développé tout autour.

Il me reste, Messieurs, un dernier chapitre, que je négligerai et à dessein, c'est le chapitre des tumeurs. Un grand nombre de tumeurs de toutes sortes, affectant les divers tissus de l'économie, ont défilé successivement sous vos yeux, et vous regretterez peut-être que je ne vous rappelle pas les plus remarquables. Mais, ne pouvant les réunir dans une description générale, j'ai préféré vous renvoyer aux Bulletins, où chaque tumeur se trouve décrite et étudiée avec soin. Chacun de vous pourra ainsi se convaincre que ce côté de l'anatomie pathologique n'a pas été abandonné, et que les études histologiques sont continuées avec ardeur au sein de la Société anatomique.

Rien que par cet exposé, quelque'incomplet qu'il soit, vous pouvez voir que vos travaux ont été tout aussi nombreux et tout aussi importants que ceux des années précédentes.

La Société anatomique n'a donc pas failli à la mission qu'elle s'est imposée, celle de propager, d'encourager l'étude de l'anatomie pathologique, et cette tâche, elle l'accomplit journellement, sans bruit, sans fracas, sans ostentation, et, je puis le dire hautement, avec la plus grande équité.

Ce n'est point, en effet, au sein d'une société comme la nôtre que peuvent naître des théories plus ou moins hasardées, qui se répandent promptement, grâce au talent ou à l'influence de leur auteur; c'est qu'au milieu de nous, chaque assertion doit reposer sur un fait palpable, visible pour tous; chacun peut la contrôler, la vérifier à l'instant même. Il peut arriver qu'une erreur se glisse inaperçue; mais, dans huit jours, dans un mois, dans plusieurs même, elle sera rectifiée par une nouvelle présentation faite sur le même sujet. Aussi voyons-nous les jeunes internes désireux d'obtenir le titre modeste de membre de la Société anatomique se presser en foule à nos séances, et plusieurs de nos maîtres, que je ne saurais trop remercier publiquement, prendre, comme nos Bulletins l'indiquent, une part active à nos travaux.

Je dois, avant de terminer, vous exposer la situation financière de la Société.

Le nombre des présentations s'accroissant tous les ans, vos fascicules augmentent d'étendue et d'importance, à tel point que nos frais d'impression ont presque doublé. Aussi, pour améliorer l'état de nos finances, vous êtes-vous empressés d'accepter la proposition de M. Broca, qui nous conseillait de faire appel aux membres correspondants pour l'abonnement de nos bulletins, et d'exiger pour l'avenir l'engagement de ceux qui solliciteront ce titre. Cet appel a été fait et n'est point resté infructueux. Nos bulletins comptent aujourd'hui 103 abonnés; chaque année, ce nombre s'accroîtra, et, dans un avenir qu'il est facile de prévoir, les finances de la Société seront dans un état prospère.

Le délai fixé pour le concours du prix Ernest Godard expirait le 31 août. Votre archiviste, dont le zèle infatigable est

connu de tous, a dû vous faire connaître le nombre des mémoires envoyés pour disputer ce prix. Quatre concurrents se sont présentés pour témoigner de l'utilité de l'œuvre généreuse fondée par notre regretté collègue, et, d'après leurs noms, tout porte à croire que ce premier concours ne sera pas sans gloire pour celui qui en sortira vainqueur.

A tous les points de vue, l'année 1864 a donc été bonne pour la Société. Mais pourquoi faut-il que, dans ce jour, notre joie soit troublée par le souvenir de ceux que nous avons perdus et dont nous contemplons avec tristesse la place vacante à nos côtés. Jamais la Société n'a été frappée d'une façon si cruelle et si inattendue dans ses membres les plus chers. Quand nous voyons disparaître nos maîtres arrivés au terme de leur carrière, certes, nos regrets sont immenses ; mais nous avons la consolation de nous dire qu'ils ont joui de leur œuvre, que les honneurs, la fortune parfois, et l'estime de leurs confrères ont été pour eux la juste récompense de leurs travaux. Combien aussi notre douleur est plus vive, quand ce sont nos amis, arrivés d'hier à une position péniblement acquise, qui sont enlevés brusquement des bras d'une famille qui n'avait appris à les connaître et les aimer que pour mieux les regretter.

Tel pourtant a été le sort de tous ceux que nous pleurons aujourd'hui.

Dans les premiers mois de l'année, nous conduisions à sa dernière demeure un de nos vice-présidents, Edmond Simon, que nous chérissions tous, et il me semble entendre encore les pleurs et les sanglots de ses amis qui avaient recueilli ses derniers soupirs. Heureux ceux qui savent inspirer de pareilles amitiés.

Quelque temps après, nous étions douloureusement surpris par la mort de Marcé, médecin de Bicêtre, agrégé de la Faculté, qui, peu de temps auparavant, s'était mêlé à nos discussions avec cette lucidité et ce talent d'exposition qui le rendaient si précieux pour nous.

Au bout de quelques jours, Goupil le suivait dans la tombe. Nature d'élite, honnête, droite et fière, ami fidèle, Goupil avait su se concilier les sympathies de tous, et, jeune encore, il était arrivé à une de ces positions brillantes qu'il n'est pas

donné à tout le monde d'atteindre. Comme à Marcé, l'avenir lui apparaissait sous les plus heureux auspices, mais le sort en avait décidé autrement.

Enfin, un de nos membres correspondants, Lhonnec, jeune aussi, chirurgien-major détaché au Mexique, a succombé sur une terre étrangère, loin de ses amis, loin de sa famille, victime de son dévouement pour nos soldats.

Tout à l'heure, Messieurs, des voix éloquentes et plus autorisées que la mienne, en vous rappelant ce que ces regrettés collègues ont fait pour la science, vont vous retracer leur vie si bien remplie. Nos bulletins perpétueront ainsi le juste tribut de regrets que nous devons à leur mémoire. Quant à nous, qui les avons connus, leur souvenir vivra éternellement dans nos cœurs.

ÉLOGE

DU DOCTEUR

EDMOND SIMON

CHIRURGIEN DES HOPITAUX, VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ
ANATOMIQUE

Par le Docteur GUYON

MESSIEURS,

Notre cher et regretté collègue, Edmond Simon, devait, pendant cette année, diriger vos discussions et partager aujourd'hui avec notre éminent et vénérable président les honneurs de la séance. Cette légitime satisfaction lui a été refusée. La mort l'a frappé au moment même où il recevait de ses collègues la récompense la plus élevée que vous puissiez décerner, et que vous doniez seulement à ceux qui ont bien mérité de la Société anatomique. Elle l'a frappé au moment où, devenu chirurgien des hôpitaux, il allait entrer comme chef de service sur le théâtre où, élève, il s'était distingué par son travail et son dévouement. Elle l'a frappé au moment où la paternité déjà lui souriait, après quelques mois de mariage, et le jeune enfant né depuis sa mort l'a déjà rejoint dans la tombe.

Aussi, combien l'émotion était profonde au jour où nous le conduisîmes à sa dernière demeure : et, parmi ceux-là même dont le chagrin était le plus vif, les larmes les plus abondantes,

se trouvait un de nos collègues aimés, un ami particulièrement cher à mon cœur, Marcé, dont vous allez aussi entendre l'éloge. La mort devait aussi nous le ravir.

Notre Société, si cruellement éprouvée, doit cependant aujourd'hui sécher ses larmes ; notre devoir nous prescrit de ne rappeler en ce moment que les exemples légués par ceux que nous avons perdus. C'est répondre à l'un des plus nobles instincts du cœur humain, que de retracer la vie, de signaler les actes et les travaux de ceux qui se sont distingués dans la carrière. Si nous nous sommes tous sentis animés d'une généreuse ardeur après avoir lu l'histoire des hommes illustres dont notre profession s'honore, nous serons émus en nous souvenant d'une vie simple, toute au travail et au devoir. Nous y trouverons plus d'un enseignement et l'intime satisfaction de sentir que la mort, quelle que prématurée qu'elle soit, ne peut rien contre le souvenir de ceux qui se sont honorés par leur travail et leur caractère.

Edmond-Marie-Joseph Simon naquit à Bapaume, département du Pas-de-Calais, en 1831. C'est dans cette ville, au collège de Douai et au petit séminaire de Cambrai, qu'il fit ses premières études. Dès le début, il avait manifesté le goût de l'étude, le désir de s'instruire, et surtout de bien comprendre ce qui lui était enseigné. Ces goûts studieux ne se démentirent pas ; cependant son éducation était restée incomplète, et, lorsqu'il vint à Paris en 1850, il avait encore à conquérir les grades de bachelier ès-lettres et ès-sciences. Dès lors commença cette vie de travail assidu à laquelle nous l'avons vu toujours rester fidèle.

L'art du travailleur consiste surtout à savoir faire une bonne répartition de son temps. Voulant entreprendre, sans autre maître que sa volonté, la préparation des deux baccalauréats, Edmond Simon s'assigna pour chaque semaine une tâche qu'il sut toujours remplir. Aussi le succès couronna-t-il ses efforts.

Ce ne fut cependant qu'en 1852 qu'il commença l'étude de la médecine. Ses goûts l'auraient dirigé vers la carrière des armes, les circonstances vers le commerce ; mais n'ayant pu donner suite à ses idées militaires, il voulut, du moins, embrasser une profession dont le levier principal fût l'étude ; la

médecine pouvait, sur ce point, lui donner ample satisfaction.

Nommé externe des hôpitaux en 1854, nous le retrouvons l'année suivante attaché au service de clinique du professeur Rostan. Le soin avec lequel il observait les malades, son dévouement absolu à toutes les exigences du service attirèrent bientôt l'attention de ce maître éminent, qui se plaisait à reconnaître les bonnes qualités de son élève et à lui pronostiquer publiquement un bel avenir médical. Le titre d'interne, obtenu en 1856, vint bientôt le mettre à même de développer encore ses qualités de clinicien et d'homme de cœur.

A l'Hôtel-Dieu, en 1858, un malade atteint du croup subissait l'opération de la trachéotomie. L'incision de la trachée venait d'être faite, le sang s'introduisait dans le tube trachéal et menaçait le malade d'une suffocation imminente; Simon n'hésite pas à appliquer ses lèvres sur la plaie, à aspirer les liquides qui obstruaient le conduit aérien, et conjure ainsi un danger des plus pressants. Ce courageux dévouement lui attira des éloges bien mérités : « Je suis heureux, écrivait le chef de l'administration, d'avoir à vous féliciter de cet acte de courage et de la spontanéité avec laquelle vous l'avez accompli; il révèle en vous l'homme de cœur, en même temps qu'il nous promet un praticien auquel aucun sacrifice ne coûtera pour le salut de ses malades. »

Le temps des luttes pénibles et fatigantes était arrivé. Simon avait opté pour la chirurgie, et voulait devenir aide d'anatomie. Trois concours infructueux furent tentés en 1858, 1859 et 1860; cependant, un beau succès obtenu en 1859, le premier prix de l'école pratique, venait un peu compenser ces revers. Mais ces concours, bien qu'infructueux au point de vue du résultat, ne l'avaient pas été pour la science.

Une très-intéressante découverte avait été le fruit des recherches de notre collègue. Chacun de nous sait que l'existence des lymphatiques de la pituitaire a été niée par un anatomiste des plus compétents, par M. Sappey, faute surtout d'avoir pu faire aboutir à des troncs et à des ganglions lymphatiques les réseaux que l'on avait cru injecter dans la muqueuse nasale. Aujourd'hui le doute n'est plus possible,

lorsqu'on a lu la très-complète description communiquée à la Société de Biologie, le 25 septembre 1858, et que l'on a vu les pièces disposées par Simon dans le musée Orfila.

La volonté d'arriver était trop prononcée chez notre collègue pour que le succès ne couronnât pas son entreprise ; ce fut sur un autre théâtre qu'il parvint à son but. Après trois nouveaux concours, Simon fut nommé, en 1862, prosecteur des hôpitaux.

Un événement plus heureux encore devait, par suite d'une incompatibilité regrettable de fonctions, le priver bientôt des avantages attachés à la place de prosecteur. En août 1863, Edmond Simon était nommé chirurgien du bureau central ; mais cette fois, dès son deuxième concours, dix années à peine après le moment où l'étudiant en médecine, désireux de trouver à étudier et à s'instruire, avait pris sa première inscription.

C'est un des mérites de la Société anatomique, Messieurs, d'attirer tout naturellement à elle les jeunes travailleurs ; c'est aussi l'une des conditions de sa forte vitalité. Simon devait briguer vos suffrages, et devint membre adjoint en 1858. Devenu membre titulaire, il fut bientôt appelé au bureau comme secrétaire, et il venait d'être nommé vice-président, lorsque la mort est venue le surprendre.

Un grand nombre de communications scientifiques, consignées dans vos Bulletins, la rédaction complète du volume de vos Bulletins pour 1863, attestent la part active que Simon prenait à nos travaux.

Notre collègue a d'ailleurs peu publié ; mais il était de ces esprits sages pour qui chaque chose doit venir en son temps. Sorti des travaux de l'École, et délivré des luttes des concours, il avait déjà mis la main à l'œuvre, et entrepris la publication d'un ouvrage d'anatomie descriptive, basé sur l'étude de pièces disséquées par lui-même. Cet ouvrage, qui eût été entièrement original, et dont beaucoup de matériaux étaient déjà amassés, eût été, sans doute, un guide précieux pour les élèves auxquels l'auteur voulait communiquer le résultat de ses propres études. Sa thèse inaugurale, soutenue le 6 juin 1861, renferme, sous le titre d'*Études sur quelques points de pathologie et d'anatomie*, des aperçus intéressants sur

la mélanose, les kystes préherniaires dans la hernie crurale, le ramollissement gélatineux de l'encéphale chez les jeunes enfants, enfin la description des vaisseaux lymphatiques de la pituitaire.

Telles sont, Messieurs, les principales phases de la carrière médicale si courte de notre collègue. Toujours nous l'avons rencontré armé de volonté, animé du désir de parvenir, et ne craignant pas de parcourir la voie la plus rude et la plus longue. Toujours nous l'avons vu dévoué, et nous avons pu voir ce dévouement s'affirmer de la manière la plus honorable et la plus éclatante. Toujours aussi, vous tous qui avez vécu avec lui, vous surtout qui avez été ses amis, l'avez trouvé ami sincère, dévoué et sincère. J'ai le regret de n'avoir pas assez vécu dans l'intimité de notre collègue, pour avoir pu l'apprécier comme il le méritait. Mais tous, maîtres et condisciples, avaient conçu pour Simon une estime profonde qui commandait l'amitié. Tous se plaisent à rendre hommage à l'élévation de son cœur et de ses sentiments, à la sûreté de ses relations. La reconnaissance la plus vive était assurée à ceux qui, de près ou de loin, avaient pu lui être utiles. « Savants et bien aimés maîtres, dit-il en commençant sa thèse, le souvenir de vos conseils, de l'amitié dont vous m'avez honoré, et de l'intérêt que vous avez daigné me porter, a gravé dans mon cœur des sentiments de reconnaissance et d'affection filiale qui ne s'effaceront jamais. »

Pourquoi les forces physiques seules ont-elles fait défaut à un esprit si ferme, à un cœur si bien doué ! Déjà, pendant le cours de son internat, Edmond Simon avait été atteint d'hémoptysie ; peu de temps avant son premier concours pour le Bureau central, il eut une pneumonie grave, et ce ne fut pas sans un sentiment pénible que nous le vîmes, néanmoins, prendre ardemment part à la lutte. Le succès semblait avoir effacé jusqu'à la trace de ces sévères avertissements ; jamais, nous semblait-il, la santé de notre regrettable ami n'avait été plus belle, lorsqu'une nouvelle pneumonie, bientôt compliquée des accidents les plus graves, vint déjouer les soins de ses parents et de ses amis.

Le 20 mars 1864, notre collègue n'était plus.

ELOGE

DU

D^R J.-E. GOUPIL

PAR LE Dr E. BESNIER.

MESSIEURS,

C'est avec un sentiment de douleur encore bien vif et bien amer que je viens vous parler aujourd'hui d'Ernest Goupil, notre collègue si aimé et si regretté : il y a peu de mois, plein de vie et de jeunesse, il menait joyeux et confiant la rude vie du praticien ; une maladie de quelques jours l'a renversé brutalement, à l'heure précise où il pouvait entrevoir le véritable bonheur, et où il commençait à récolter le fruit, légitimement acquis, de longues années de travail et de persévérance. Ce serait assurément chose au moins stérile que de manifester une fois de plus, avec toute leur énergie, les sentiments de révolte intérieure que l'on éprouve toujours en présence d'une semblable catastrophe ; mais la loi humaine, terrible pour tous, est si singulièrement cruelle pour ceux qui sont frappés avant l'heure, que l'on ne peut tout d'abord retenir un cri de douleur, ni arrêter sur ses lèvres une vaine et inutile protestation.

Messieurs, celui dont vous m'avez chargé de vous retracer la vie médicale m'était uni par les liens d'une ancienne et solide amitié ; je vous suis profondément reconnaissant de m'avoir fourni cette occasion de rendre à la mémoire de mon malheureux ami un juste tribut d'hommages et de regrets

Jean-Ernest Goupil naquit à Paris le 29 janvier 1829. Après avoir reçu de la plus tendre et de la meilleure des mères une éducation première, excellente à tous égards, il fit en qualité d'élève externe, de solides études au collège Bourbon, et prit sans retard ses grades universitaires, Baccalauréat ès-lettres, et Baccalauréat ès-sciences.

La recherche d'une carrière ne l'arrêta pas un seul instant, car son choix était fait ; il avait, de très bonne heure, résolu d'embrasser la profession médicale, dans l'exercice de laquelle son père s'était acquis dès longtemps une juste et honorable notoriété. Ces nouvelles études, entreprises avec ardeur, furent couronnées de très rapides succès ; reçu externe des hôpitaux de Paris en 1849, il fut nommé interne l'année suivante, au concours de 1850, et c'est à partir de ce moment qu'il fut surtout facile de prévoir les précieuses qualités qu'il devait apporter par la suite dans l'exercice de son art. Doué, à tout degré, comme son vénérable père, du sentiment de l'honneur et du devoir, Ernest Goupil n'éluda jamais aucune des exigences auxquelles pouvait l'astreindre sa situation nouvelle, et il fut, pendant le cours de son internat comme il devait l'être dans la pratique civile, d'un dévouement à toute épreuve.

Ces qualités, jointes à la rectitude native de son jugement, le rendaient merveilleusement apte à profiter des enseignements d'un maître illustre et justement vénéré, M. Louis à l'école duquel il eut l'insigne bonheur de pouvoir se former presque dès son début ; il avait compris rapidement qu'une éducation médicale sérieuse ne peut avoir d'autre base que l'observation patiente, consciencieuse et sévère, et il montra plus tard, d'une manière brillante, qu'elle seule pouvait conduire à des résultats solides en médecine pratique. Suivant les exemples et les préceptes du maître, il passait de longues heures dans les salles d'hôpital, recueillant un grand nombre d'histoires particulières de maladies, et c'est ainsi qu'il parvint

rapidement à cette sûreté de diagnostic, à cette expérience remarquablement précoce, qui frappaient tous ceux qui ont pu le suivre au lit du malade. Sans captiver exclusivement son attention, les recherches cadavériques ne furent jamais négligées par lui, et vos Bulletins contiennent de nombreuses preuves du zèle et du soin qu'il leur consacra pendant toute la durée de son internat. Mais, je tiens essentiellement à le rappeler ici, l'anatomie pathologique n'était pas pour lui un but mais un moyen indispensable pour éclairer et pour contrôler l'observation clinique : toujours il sut se garder de ces entraînements regrettables auxquels ont pu se laisser aller quelques uns, qui oublient le malade pour la maladie, l'homme pour le sujet, et qui délaissent la salle d'hôpital pour les travaux de l'amphithéâtre ou du laboratoire.

Le zèle le plus ardent pour les intérêts de la science peut se concilier avec les devoirs envers l'humanité, et notre collègue en donna toujours le plus éclatant exemple. En 1853, il était interne à la Charité dans le service des cholériques dirigé par M. Briquet; son dévouement aux malades fut au-dessus de tout éloge, et la médaille de bronze que lui décerna le Ministère, fut une bien faible récompense accordée à son zèle et à son humanité.

Dès l'année suivante il publiait, en collaboration avec son affectionné maître, M. Briquet, un Mémoire important sur cette épidémie, dans le Bulletin général de thérapeutique.

A l'époque où Goupil commença son internat (1852), les études microscopiques, si heureusement vulgarisées parmi nous, et si florissantes aujourd'hui, n'étaient cultivées en France que par quelques rares adeptes; comme la plupart de ses contemporains, il n'y put être initié d'assez bonne heure; cela fut regrettable assurément; car la netteté et la précision de ses idées, son grand sens pratique, et la sûreté de son jugement eussent été de bien précieuses qualités en semblable matière. Je me hâte d'ajouter que Goupil ne dédaignait en aucune façon le secours du microscope; et plus tard, lorsqu'il remplaça temporairement M. Devergie à l'hôpital Saint-Louis, il se mit courageusement à l'œuvre avec l'aide de ses élèves et de quelques amis dévoués, et voulut se rendre compte, par lui-même,

de l'utilité des recherches microscopiques appliquées à la pathologie cutanée.

La dernière année d'internat de notre collègue fut passée presque toute entière à l'hôpital des Enfants-Malades, où le hasard nous avait réunis; c'est là surtout que je fus à même d'admirer l'exactitude, la conscience, et la haute aptitude qu'il apportait dans l'accomplissement de ses devoirs d'interné, et où je conçus pour lui une estime profonde que les années ne firent qu'augmenter. Attaché à l'un des services les plus importants de l'hôpital, il se montra toujours à la hauteur des circonstances dans un établissement où l'imprévu joue un si grand rôle, et il sembla réunir dans les soins qu'il prodiguait aux enfants malades tout ce qu'il avait de zèle, d'activité et de cœur.

Peu de temps après la fin de son internat, le 2 février 1855, Goupil soutint sa thèse inaugurale devant la Faculté. Il avait choisi, pour sujet de sa dissertation, *l'anévrysme artérioso-veineux spontané de l'aorte et de la veine-cave supérieure*, affection dont il avait observé, en 1852, un très remarquable exemple dans le service de M. Louis. Réunissant à ce fait les observations déjà publiées dans notre pays et à l'étranger, il écrivit, le premier en France sur ce sujet une monographie pleine d'intérêt, dans laquelle on retrouve le soin consciencieux et le sage discernement qu'il apportait en toutes choses.

La réception de Goupil au grade de docteur ne modifia pas sensiblement le cours de son existence, sa tâche en effet n'était pas terminée; il allait commencer les travaux préparatoires du concours des Hôpitaux. La position de médecin d'hôpital, pour laquelle il avait une si remarquable aptitude, était le but unique, mais énergiquement marqué par lui, de son ambition; aussi se mit-il à l'œuvre, dès les premiers temps de son doctorat, par la fréquentation assidue des salles d'hôpital, et par un travail opiniâtre et intelligent. Loin de se borner à une étude superficielle, il faisait de chaque question l'objet de recherche approfondies, et rédigeait ensuite, avec une grande méthode, des notes, substantielles et complètes, qui pourraient servir de modèle à ceux qui s'engagent dans la même voie. Ajoutez à cela qu'il était absolument libre de ces

énervantes et importunes préoccupations de la vie matérielle, qui assaillent si souvent le jeune praticien à ses débuts, qu'il put, par conséquent, se livrer tout entier au travail, et vous aurez trouvé la cause réelle du rapide succès qui fit arriver Goupil, presque d'emblée, au but convoité, à l'âge de 28 ans, deux ans à peine après sa réception au grade de docteur. Sans doute, encore, la voie lui fut moins rude qu'à bien d'autres, grâce à l'appui du nom paternel, grâce à l'estime et à l'affection que lui avaient vouées tous ses maîtres ; mais ceux-là seuls qui ne l'avaient pas approché, et qui ignoraient les détails de sa laborieuse existence purent se méprendre, et s'étonner d'un succès qui fut légitimement mérité, et vaillamment conquis.

Préparé comme il l'était, et favorisé d'ailleurs par ses premiers succès, Goupil aurait pu, avec des chances certaines de réussite, prendre part aux concours de l'agrégation en médecine ; mais il avait compris avec son grand sens pratique qu'il ne trouverait, à prolonger sa situation militante, aucun avantage qui fût de nature à faciliter ses études et ses travaux de prédilection. En effet, l'exercice consciencieux des fonctions de médecin d'hôpital ; les devoirs de la pratique civile, tels qu'il les remplissait et l'observation clinique, faite comme il l'entendait, ne peuvent guère se concilier avec d'autres exigences, et suffisent à remplir complètement une existence médicale. En outre, il aimait ouvertement une certaine indépendance de situation, et pensait d'ailleurs, avec raison, que l'homme judicieux doit régler sévèrement le développement de sa carrière sur la notion précise de ses aptitudes dominantes.

Il me reste à vous parler, Messieurs, de la dernière partie de la vie scientifique de notre collègue et des publications importantes par lesquelles il avait déjà marqué sa place parmi les maîtres de notre art. Goupil avait été passer les derniers mois de son internat à l'hôpital de Lourcine dans le service d'un maître éminent, M. Bernutz, qui ne tarda pas à l'apprécier à sa véritable valeur, et fit bientôt de l'élève un ami et un collaborateur ; c'est à son école qu'il commença l'étude de la gynécologie, dans laquelle il devait parcourir une carrière si brillante, et si malheureusement interrompue bien avant

l'heure. Pendant deux années consécutives, le maître et l'élève s'enfermèrent littéralement à l'hôpital de Lourcine, passant de longues heures dans les salles et à l'amphithéâtre, et recueillant ensemble les matériaux de l'œuvre considérable qui parut en 1860 et 1862, sous le titre de *Clinique médicale sur les maladies des femmes*.

Plusieurs années auparavant, en 1857, le maître et l'élève avaient publié ensemble, dans les *Archives générales de médecine*, un Mémoire étendu sur les affections alors désignées sous le nom de *phlegmons péri-utérins*, dans lequel il était démontré que ces prétendus phlegmons n'étaient autres que des *pelvi-péritonites*, toujours symptomatiques de la phlegmasie des ovaires et des trompes. La monographie de 1862 confirme de tous points les assertions émises au début, assertions qui, d'ailleurs, sont devenues des vérités universellement adoptées.

Dans la remarquable préface qui est en tête du premier volume de cet ouvrage, M. Bernutz a pris soin d'indiquer lui-même, avec une précision qui fait honneur à sa loyauté scientifique bien connue, la part considérable qui revient à son collaborateur dans l'œuvre commune. La partie consacrée aux *déviation utérines* est entièrement l'œuvre de Goupil, et les propositions qu'il a émises sur les divers points de cette question si importante et si controversée peuvent être considérées comme définitives. Il ne s'est pas borné, en effet, comme on l'avait fait avant lui à constater l'état de l'utérus dans les cas où quelque manifestation douloureuse attirait, de ce côté, l'attention du médecin; mais il a pratiqué un grand nombre d'examins minutieux chez des sujets qui étaient entrés à l'hôpital pour les affections ayant leur siège ailleurs. C'est ainsi qu'il a pu, avec une précision et une rigueur que saurait seule fournir l'observation, définir la situation et la forme physiologiques de l'organe, établir l'innocuité des *déviation* dont on avait exagéré l'importance au point de diriger contre elles des opérations dangereuses et, en définitive rapporter à leur véritable cause tous les troubles morbides jusqu'alors rattachés à ce vice de situation.

A lui appartient encore en propre le Mémoire sur *les hémor-*

rhagies intra-pelviennes, symptomatiques des grossesses extra-utérines, accidents d'une effroyable gravité, et malheureusement assez fréquents pour qu'il ait pu baser son travail sur l'analyse de quarante-deux observations recueillies avec toute la sévérité que vous lui connaissiez en semblable matière. Lisez la partie consacrée aux indications thérapeutiques et vous verrez avec quelle autorité, montrant les résultats déplorables d'une intervention chirurgicale active, il indique au praticien la seule voie qu'il doive suivre.

Quant à l'œuvre considérée dans son ensemble, elle se compose, vous le savez, Messieurs, d'une série de monographies dans lesquelles les auteurs ont accumulé les observations longues et détaillées, les réflexions pratiques, et les indications bibliographiques les plus précises et les plus multipliées. Ils ont ainsi, quittant la voie décevante suivie jusqu'alors, montré que tout était à refaire sur ce point comme sur tant d'autres; ils ont inauguré une ère nouvelle dans l'étude de la gynécologie, substituant partout le fait à l'hypothèse, l'observation précise aux idées préconçues, et faisant rentrer dans le domaine de la médecine générale des affections qui, comme beaucoup d'autres, gagneraient infiniment à ne pas être soustraites à l'examen et à la compétence communes, sous prétexte de spécialité.

Je viens de vous rappeler, Messieurs, après vous avoir montré les qualités de l'homme et du médecin, quelques-unes des œuvres les plus importantes par lesquelles Ernest Goupil avait déjà conquis une place si honorable dans notre science et dans notre art; il me suffira d'ajouter qu'il n'avait que trente-cinq ans quand la mort l'a surpris, pour vous faire comprendre toute l'étendue de la perte que nous avons faite.

Puisse cet hommage solennel et public rendu par vous à la mémoire d'Ernest Goupil, puisse l'expression de notre sympathie et de nos regrets, alléger, ne fût-ce que pour quelques instants, la douleur de son vénérable père, et apporter quelques consolations à la digne compagne qu'il avait choisie, et à toute une famille si cruellement éprouvée.

ÉLOGE

DE

L.-V. MARCÉ

Par le Docteur J.-V. LABORDE.

Messieurs,

En me désignant pour payer un juste tribut de regrets et rendre hommage, au nom de la Société anatomique, à la mémoire de l'un de ses membres les plus distingués, vous avez pensé, sans doute, qu'à défaut d'un talent qui fût à la hauteur de cette mission, le cœur inspiré par l'amitié pourrait suffire à son accomplissement. Si tel est le motif de votre choix, j'ose me flatter d' n avoir été digne : le jour fatal où vous aviez à déplorer la perte inattendue d'un de vos plus aimés collègues, où la science pleurait un de ses adeptes les plus fervents, j'étais, moi-même, frappé plus cruellement encore dans mon affection et dans ma reconnaissance : je perdais un *bienfaiteur* ; ce titre vous dit assez, Messieurs, que si je faillis à la tâche douce et pénible à la fois qui m'est confiée, ce ne sera point par le cœur ; toute ma force est en lui, et dans votre indulgence.

Louis-Victor Marcé naquit à Paris en 1828. — Dès le berceau, pour ainsi dire, commencèrent pour lui les épreuves de la vie : il avait à peine quelques années, lorsqu'il perdit son père ; mais, par bonheur, il échappa aux conséquences morales de cette perte, grâce aux soins que prit de son éducation un de ses plus proches parents, praticien fort distingué de Nantes, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville, le docteur Marcé, dont la sollicitude véritablement paternelle ne l'abandonna jamais.

Sa vie de collège fut marquée par une série non interrompue de succès qui le mirent constamment au premier rang de ses condisciples : si nous rappelons ces premiers et humbles triomphes, c'est qu'ils ne devaient pas être, ainsi que cela arrive si souvent, un prélude illusoire pour l'avenir.

Les hésitations et les perplexités qui président au choix d'une profession et qui font de ce moment solennel un moment si difficile, n'existèrent pas pour le jeune Marcé : la voie lui était, pour ainsi dire, tracée d'avance par l'exemple de son père adoptif ; il y était poussé, d'ailleurs, par ses inclinations personnelles nées d'une sévérité d'esprit et d'une sûreté de jugement précoces qui feront plus tard, en se perfectionnant, l'une des principales qualités de son intelligence. Il entra donc de plain pied dans la carrière de la médecine. Quatre années d'études brillantes, pendant lesquelles il cumula tous les succès à l'école et dans les hôpitaux de Nantes, posèrent les bases solides de son éducation médicale. Puis, tournant ses regards vers le vaste et fécond théâtre qui sourit aux hautes aptitudes et aux grandes aspirations, il vint à Paris. Là, continuant la tradition de cette brillante pléiade d'élèves de l'Ecole de Nantes, qui, depuis plusieurs années, viennent nous disputer les couronnes, il parcourut la carrière des concours avec la même habitude de succès.

Nommé interne dans l'un des meilleurs rangs, en 1851, il obtenait au concours de fin d'année de 1853, la médaille d'argent ; la voix de ses collègues, *vox Dei*, le désignait à la médaille d'or, en 1856, et il l'aurait eue, si le mérite était toujours une raison suffisante en cette circonstance ; il dut se contenter de la médaille d'argent récidivée.

La même année, il remportait le grand prix de l'École pratique; et il soutenait brillamment sa dissertation inaugurale, étude clinique et anatomo-pathologique, très-bien faite, sur un sujet peu exploré : *les Kystes spermatiques*.

Le moment était donc venu, pour lui, de dresser son humble tente de praticien, cette tente destinée à abriter tant de déceptions avant de donner asile au client, et que nous sommes, hélas! tous appelés à connaître. — Marcé n'était pas riche; c'était un de ses nombreux mérites: il appartenait à cette vaillante classe de déshérités qui ont à puiser dans leur travail, non-seulement les éléments de l'avenir, mais encore les ressources matérielles du présent. Dieu sait, et vous le savez aussi, Messieurs, si la modique indemnité accordée à l'interne peut y suffire, même avec le centime additionnel des générosités récentes de l'Administration. — A cette époque, du moins, il était permis de trouver un dédommagement à cette insuffisance dans la liberté de l'enseignement, à l'hôpital et à l'amphithéâtre de Clamart. Marcé s'efforçait d'en profiter: son affabilité et son instruction solide de clinicien le rendaient, à la Charité, le privilégié de ceux qui cherchent ce complément d'études. Il aimait à raconter, avec un sentiment de fierté légitime, comment, à l'aide de ses économies professorales, favorisées par une moisson plus ample que d'habitude, pendant sa dernière année d'internat, il était parvenu à orner avec un luxe presque flatteur pour les yeux d'un praticien sans clients, son premier et modeste établissement.

Mais il ne devait pas longtemps subir ces premières et souvent pénibles épreuves des débuts incertains de la pratique; un double événement, qui vint décider à la fois de son avenir et de sa fortune, ne tarda pas à être le juste prix de son travail et de ses éminentes qualités: en même temps qu'il contractait une alliance brillante qui le rattachait à un nom célèbre dans les sciences, la direction médicale d'un des plus vastes et des plus beaux établissements privés d'aliénés lui était confiée.

La souplesse de son esprit et l'étendue de ses connaissances lui permirent de se familiariser rapidement avec la branche spéciale de la médecine à laquelle il était appelé désormais à

se consacrer. Il ne tarda pas, d'ailleurs, à faire ses preuves dans cette voie nouvelle, en produisant une œuvre originale qui comblait un *desideratum* de la médecine mentale, nous voulons parler de son *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* (1), etc., ouvrage auquel l'Institut de France accorda une de ses plus hautes distinctions, et qui fut comme le fondement de sa réputation de médecin aliéniste.

Livré entièrement aux graves et incessantes occupations que lui créait sa nouvelle situation, il employait ses rares loisirs à la préparation d'une épreuve qu'il affrontait bientôt après, avec un succès que l'on pourrait dire exceptionnel, s'il n'en avait pas toujours eu de semblables ; il obtenait, en effet, la *première place* au Concours de l'Agrégation en 1860 ; et vous connaissez tous, Messieurs, sa remarquable *Thèse sur les altérations de la sensibilité* (2), véritable modèle de ces sortes de dissertations où il faut suppléer à l'insuffisance du temps accordé par l'à-propos des connaissances acquises et la méthode d'exposition.

Marcé n'était pas de ceux que les succès enivrent ou endorment ; loin d'atténuer son ardeur et son zèle, cette nouvelle et haute distinction ne fit que les stimuler. Au nombre de ses plus légitimes aspirations, il y en avait une dont la réalisation excitait, au plus haut degré, comme chez tant d'autres, son espoir et ses désirs les plus chers : c'était sa nomination aux hôpitaux. Mais une triste déception l'attendait à cet égard : la seule voie qui lui convînt, comme au vrai mérite, pour arriver à ce titre, la voie du concours, venait de lui être fermée ; et il me serait facile de montrer que s'il eût à subir, en raison de la prééminence incontestée de ses titres antérieurs, un autre mode de nomination, personne n'eût plus que lui à s'en plaindre, et personne ne le regretta davantage. Quoi qu'il en

(1) *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet, Paris, 1858 in-8°.

(2) *Des altérations de la sensibilité. Thèse présentée au concours pour l'agrégation*. Paris, 1860, in-4.

soit, créé en 1861 médecin de la Ferme-Sainte-Anne, il passait en 1863 à l'un des services d'aliénés, devenu vacant, de l'hospice de Bicêtre.

Ses vœux étaient accomplis; et on vit alors son activité sans égale se multiplier, en quelque sorte, pour embrasser et remplir dignement ses nombreuses fonctions et les devoirs qu'elles lui imposaient. D'un autre côté, il prodigue ses soins éclairés et affectueux aux malades de l'établissement privé qu'il dirige et qui lui doit, en grande partie, sa prospérité; de l'autre, il consacre, à ses fonctions, à l'hôpital, non-seulement le temps que nécessitent les exigences du service, mais encore le temps que lui impose une insatiable passion de l'étude sur un théâtre fécond, d'où nous le verrons bientôt emporter une riche moisson de faits nouveaux; puis il subit, à Paris, les fatigues d'une consultation à laquelle sa réputation précoce attirait déjà de nombreux malades; il mène de front les exigences officielles de professeur agrégé à la Faculté, et celles de l'enseignement libre, qu'il a inauguré à l'Ecole pratique, et que fréquentent des auditeurs nombreux et assidus; et quand ce cycle laborieux de la journée est parcouru, quand l'heure d'un repos nécessaire semble avoir sonné, vous croyez peut-être, Messieurs, qu'il va s'y livrer tout entier, vaincu par la fatigue, et succombant sous le fardeau d'un si lourd labeur?... Non, messieurs; la nuit avancée le surprendra encore, pâle et courbé sur le métier scientifique, où il compose des livres et des mémoires, dont une énumération rapide suffiront pour vous montrer et l'étendue et l'importance.

Déjà vous connaissez, Messieurs, quelques-uns de ces travaux; j'ai eu à vous signaler le *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices....*, et sa *Thèse d'agrégation sur les altérations de la sensibilité*. Le premier de ces ouvrages est un véritable traité *ex professo* sur la matière; il est venu combler, ainsi que nous le disions plus haut, un large *desideratum* de la pathologie mentale, et il s'impose, comme un guide nécessaire et sûr, à quiconque se trouve, dans la science comme dans la pratique, en présence des graves et délicates questions qui y sont agitées, et pour la plupart, résolues; enfin il révèle, chez son auteur, les qualités

solides qui faisaient de Marcé, ainsi que nous espérons le démontrer, le type du vulgarisateur didactique.

Il avait déjà prélué à ce travail d'ensemble par deux mémoires qui s'y rattachent plus ou moins directement : l'un, sur les *causes de la folie puerpérale*, où sont étudiées avec le plus grand soin les conditions pathogéniques de cette grave complication de l'état puerpéral ; l'autre, sur l'*influence de la grossesse sur la guérison de l'aliénation mentale*, dans lequel cette intéressante question de pratique est traitée et résolue à la faveur des seules données qui convinssent à l'esprit essentiellement positif de l'auteur, celles de l'observation directe. Ces deux mémoires, dont les quelques mots qu'il nous est permis d'en dire ne sauraient faire ressortir toute la valeur, ont été publiés dans les *Annales médico-psychologiques*.

Bien avant ces productions, Marcé s'était essayé avec succès dans l'étude d'une des fonctions les plus obscures, entre tant d'autres, du cerveau, étude qui touche de très-près au sujet à l'ordre du jour, des localisations fonctionnelles cérébrales ; elle a pour titre : *Mémoire sur quelques observations de physiologie pathologique tendant à démontrer l'existence d'un principe coordinateur de l'écriture et ses rapports avec le principe coordinateur de la parole* (1). Quoique incomplet, ce travail que se proposait, d'ailleurs, de reprendre son auteur, est plein d'intérêt, d'ingénieux aperçus et de données propres à éclairer la voie obscure de ces délicates recherches.

Poursuivant le même ordre d'études et d'idées, Marcé composait (en 1839) et lisait devant l'Académie de médecine un *Mémoire sur l'état mental dans la chorée* (2), œuvre véritablement originale. On connaissait sans doute, et la plupart des auteurs ont signalé la mobilité nerveuse, les bizarreries de caractères et l'affaiblissement des facultés, que l'on observe souvent chez les choréiques ; mais personne avant Marcé n'avait entrevu ni la fréquence réelle, ni la forme des accidents intellectuels qui constituent l'un des côtés de la symptomatologie de cette affection convulsive ; il s'est particulièrement

(1) Comptes-rendus et Mémoires de la Société de Biologie, t. II, 2^e série 1846.

(2) Mémoires de l'Académie de médecine. Paris, 1840, t. XXXIV.

appliqué à montrer que les phénomènes hallucinatoires du côté de la vue en sont le cortège habituel, et, comme toujours, il a donné pour base à sa démonstration le plus puissant et le plus irrécusable des témoignages, celui des faits bien observés et bien interprétés. Ce travail, qui avait vivement attiré l'attention de l'Académie, provoqua, au sein de cette compagnie savante, une discussion qui lui donna plus de retentissement encore.

Un peu plus tard, et devant la même académie, il lisait un travail plus considérable, fruit de ses premières études sur le nouveau et fécond théâtre que sa nomination à Bicêtre avait récemment livré à son infatigable activité; ce travail qui a pour titre : *Mémoire sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale* (1), est un de ceux qui expriment le mieux les tendances scientifiques de l'auteur.

Esprit sévère et positif avant tout, Marcé répugnait aux théories spéculatives substituées aux données de l'observation; il pensait qu'on avait trop et trop longtemps cherché, dans le vague domaine de la métaphysique pure et de la psychologie, la solution de problèmes pathologiques qui, quoique impliquant l'élément intellectuel et moral, n'en ont pas moins leur source dans quelque chose de *tangible* et d'accessible à nos moyens d'investigation. En cela, Messieurs, il était loin d'avoir tort, il faut en convenir; dans l'étude des manifestations protéiformes qui caractérisent les états morbides de l'ordre mental, la considération de l'élément corporel a été incontestablement sacrifiée à celle de l'élément psychique; à trop contempler le ciel, on a fini souvent par perdre de vue la terre; et pendant qu'on dissertait sur l'âme, en pleins nuages, on laissait le travail morbide accomplir tout à l'aise, et à l'abri de regards trop discrets, son œuvre réaliste.

C'est à ramener les esprits ainsi égarés dans une voie plus pratique, c'est à donner à l'élément *somatique* la part véritable qui lui revient dans l'étude de la pathologie mentale que s'appliquait surtout Marcé; la plupart de ses écrits révèlent hautement cette tendance, et elle devait naturellement l'en-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1863.

traîner vers les recherches qui sont de nature à la servir; aussi montre-t-il un goût et une ardeur marqués pour l'anatomie pathologique, qu'il regardait, pour ainsi dire, comme la *terre promise* de la pathologie mentale. Il ne s'est pas contenté, Messieurs, de la montrer du doigt; il a fait tous ses efforts pour frayer la voie, bien longue encore à parcourir, qui doit y conduire. Afin d'y mieux réussir personnellement, il ne reculait pas devant l'apprentissage tardif des moyens nouveaux d'investigation que le progrès a mis en nos mains, et après s'être initié au maniement du microscope, il ne laissait échapper aucune occasion de profiter des avantages de son intervention si souvent indispensable dans l'étude délicate des altérations du système nerveux. C'est ainsi qu'il a cherché à éclairer les conditions anatomiques des *adhérences ménigées dans la paralysie générale*, et c'est ainsi que dans le travail sur la démence sénile, que nous citons tout à l'heure, il s'est efforcé de montrer la cause prochaine, c'est-à-dire les altérations élémentaires qui président aux phénomènes constitutifs de cette vague *entité* appelée démence, qu'il faut désormais considérer comme l'expression symptomatique d'un grand nombre d'états morbides cérébraux et l'aboutissant fatal de toutes les vésanies.

Mais, Messieurs, nulle part cette heureuse tendance à ramener aux procédés ordinaires de la pathologie en général, l'étude trop individualisée et, permettez-moi ce mot, SPIRITUALISÉE de l'aliénation mentale, ne s'est révélée davantage, chez Marcé, que dans l'ouvrage dont il nous reste à vous parler, et qui est comme le couronnement d'une œuvre si prématurément interrompue, et pourtant déjà si vaste, je veux parler de son *Traité pratique des maladies mentales* (1).

Ce n'était pas, Messieurs, chose facile que de composer un traité élémentaire d'aliénation mentale, et peut-être y avait-il quelque témérité à l'entreprendre. Malheureusement reléguée hors du cadre habituel et officiel des études médicales, la pathologie mentale constitue une espèce d'*arche sainte* dans laquelle pénétrèrent seulement un très-petit nombre d'élus atti-

(1) Un volume in-8, 672 pages, Paris 1862.
39e année 1864, 2e série, T. IX.

rés vers elle par goût ou pour tout autre mobile ; de là de sérieuses difficultés pour offrir, sous une forme convenable, à des esprits qui n'en comprennent pas suffisamment l'importance et la nécessité, une étude délaissée par la plupart des médecins. Il est certain que les quelques tentatives faites dans ce sens n'ont pas été heureuses, soit qu'elles dépassent le but, soit qu'elles restent en deçà ; à l'exception peut-être d'un livre fait à l'étranger, et qu'une traduction récente va transporter chez nous avec les précieuses annotations d'un de nos maîtres, le traité de Griesinger, il n'existait, pas en réalité, dans la science, d'ouvrage de cette nature, lorsque Marcé entreprit de combler cette lacune. Il y réussit pleinement. Déjà, durant quatre années consécutives, il avait préparé, pour ainsi dire, les esprits des élèves à recevoir l'aliment plus substantiel qu'il venait leur offrir ; et ses leçons, réunies et dogmatisées, ont été, en réalité, la base du traité dont il s'agit.

Rien ne saurait mieux vous montrer, Messieurs, combien notre auteur avait bien compris le but qu'il devait se proposer d'atteindre, que la manière dont il l'indique lui-même : « Un semblable travail, dit-il, ne peut avoir de prétention à l'originalité ; il ne peut viser qu'au mérite de la clarté, de l'exactitude, et de la sévérité dans le choix des matériaux... » La réalisation a, de tous points, répondu à ces intentions : — une sage sobriété dans les détails, qui lui a permis d'éviter l'inutile embarras des discussions oiseuses et des digressions doctrinales ; une méthode parfaite ; une exposition nette et toujours claire ; une simplicité de style qui n'exclut pas l'élégance, telles sont les principales qualités qui font du *Traité des maladies mentales* un livre véritablement classique, c'est-à-dire un résumé complet, quoique succinct, des connaissances nécessaires à la pratique, sous une forme substantielle, facilement assimilable, et presque toujours attrayante.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que, bien que ne visant pas à ce mérite, ce livre manque complètement d'originalité au fond : L'esprit même d'après lequel il a été conçu et que nous avons essayé d'apprécier dans ses tendances, serait une irréfutable preuve du contraire. Je regrette, Messieurs, d'avoir à me borner à une esquisse aussi rapide et aussi incom-

plète; il m'est impossible, cependant, de ne pas vous signaler, l'introduction historique qui précède l'entrée en matière, tableau véritablement remarquable des péripéties par lesquelles a passé, aux diverses époques de la science, la pathologie mentale; le chapitre consacré à la Paralyse générale; ceux qui traitent des Hallucinations, Monomanies, ... etc.

Nous aurons complété, à peu de chose près, la longue liste des travaux de Marcé, si à ceux qui précèdent, nous ajoutons :

Des recherches fort intéressantes sur l'œdème du cerveau dans la stupeur mélancolique (1) ;

Et un travail malheureusement inachevé sur la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la séméiologie et de la médecine légale (2), dont il avait commencé la communication à la Société médico-psychologique.

Enfin, il était l'un des principaux rédacteurs du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Plusieurs articles de lui enrichissent les deux volumes qui ont déjà vu le jour (3) ; il en a laissé d'autres qui, religieusement recueillis, seront également publiés.

Les qualités de l'écrivain se retrouvent dans le professeur : s'il n'avait pas ces dons de l'orateur qui subjuguent, enchantent, mais n'instruisent pas toujours, par contre, il possédait, au plus haut degré, les qualités solides et brillantes qui constituent le professeur utile, celui qui a le talent privilégié de faire passer, en les y fixant définitivement, dans l'esprit des autres, ses propres connaissances.

Chez Marcé, l'exposition orale était facile, précise sans sécheresse, et toujours claire ; une sage modération dans le débit et une accentuation parfaite suppléaient avantageusement à la faiblesse naturelle de la voix, très-perceptible néanmoins, et d'un timbre doux et agréable ; l'art de présenter le sujet

(1) V. *Le traité des maladies mentales*.

(2) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2^e série. T. XXI, deux planches.

(3) Articles *Antropophagie; Berlué; Cataplexie; Céphalomètre et Céphalométrie*.

traité sous ses faces les plus intéressantes lui était familier ; mais il avait surtout cette sûreté de méthode qui, alliée à la solidité de l'instruction, tout en facilitant le but poursuivi, sert merveilleusement l'orateur et le met à l'abri des défaillances qui menacent sans cesse celui qui exerce le métier difficile et périlleux de parler en public.

C'est grâce à ces qualités perfectionnées par une expérience de quatre années d'enseignement libre et très-goûté, que Marcé professait en 1862, avec un vrai succès, le cours de pathologie générale, en suppléance de M. Andral, et qu'il réussissait à attirer et à fixer dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine un public si insaisissable d'habitude, et si rebelle à cette partie de l'enseignement officiel.

Marcé appartenait à la plupart des Sociétés savantes ; la Société anatomique s'honorait de le compter au nombre de ses membres depuis l'année 1853. Si, au milieu de vous, Messieurs, il n'a pas poussé son ambition au-delà de l'humble titre de membre adjoint, c'est que ce titre suffisait à la manifestation de son zèle et à sa coopération active, qui ne vous ont jamais fait défaut. Il avait une prédilection marquée pour la Société anatomique, vers laquelle l'attiraient, non-seulement son goût pour les recherches d'anatomie pathologique, mais encore le bonheur de se trouver au milieu de la jeunesse laborieuse qui se presse à vos séances, et qu'il aimait tant. Vos bulletins sont riches de ses communications, toutes marquées au coin d'un remarquable et sévère talent d'observation ; et vous n'avez pas oublié, sans doute, la sûreté de jugement et la sagesse d'appréciation qu'il apportait dans vos discussions, et qui donnait tant de poids à sa précieuse intervention ; naguère encore, vous l'avez vu éclairer de sa haute compétence, une question vivement controversée, et qui, grâce aux travaux de la Société, n'est pas loin de toucher à une solution définitive.

Sa perte, cruellement ressentie, j'en suis persuadé, par vous tous, Messieurs, laisse dans cette enceinte un vide qui, j'ose le dire, ne sera pas comblé de sitôt.

Marcé était de taille moyenne, d'une constitution physique délicate ; — sa tête vaste, son front haut et large, portaient

le signe révélateur de l'intelligence ; — sa physionomie fine et spirituelle respirait surtout la bonté ; — une légère teinte mélancolique répandue sur ses traits pâlis par le travail, révélait son penchant à la méditation ; — l'affabilité et la bienveillance étaient peintes sur son sourire ; et si parfois ce sourire était traversé par une légère expression d'ironie, celle-ci était puisée à la source la plus innocente et la plus pure.

D'une grande simplicité de goûts et de manières, il avait en même temps la modestie qui appartient au vrai mérite, et qui lui sied si bien ; et ce mérite lui-même fut toujours à la hauteur des titres dont il fut honoré et des fonctions qu'il eut à remplir.

Les qualités du cœur ne le cédaient pas, chez lui, à celles de l'intelligence : dévoué autant que fidèle à ses amis, il était de ceux (et ils sont rares) qui n'attendent pas les occasions de dévouement, mais qui les cherchent. Il appliquait à faire le bien le souvenir de ce qu'il avait été lui-même : élevé à la rude école des difficultés, il les redoutait pour les autres, les devinait, et s'efforçait de les en préserver. Ces préoccupations de sollicitude sympathique l'attiraient particulièrement vers les jeunes gens aux prises avec une situation difficile pendant le cours de leurs études ; il allait au devant d'eux, et leur prodiguait son dévouement sous toutes les formes avec une délicatesse et un tact exquis qui rehaussaient le mérite de ses bienfaits.

Messieurs, celui qui savait faire le bien de cette façon évangélique n'était *qu'un jeune homme* ; il prenait intérêt aux autres à un moment de la vie où l'on n'a guère qu'à s'occuper de soi ; le succès et le sourire de la fortune n'avaient point glacé, chez lui, les élans naturels du cœur, ni amené les froideurs d'un égoïsme précoce qui fait aujourd'hui tant de victimes parmi nos jeunes arrivés.

Vous pressentez, Messieurs, quel maître il était pour ses élèves, qui devenaient promptement ses amis ; de quelle affectueuse sollicitude il les entourait, de quels précieux conseils il éclairait leurs premiers pas dans la science. Dans son trop court passage à l'hospice de Bicêtre, il a laissé une empreinte ineffaçable de cette influence salutaire et bienveillante,

dans l'esprit et le cœur de plusieurs de ses disciples. L'un d'eux, qui lui est resté attaché comme interne durant deux années consécutives, et qui ne se séparera jamais de son vénéré souvenir, a pu témoigner récemment, par les preuves brillantes qu'il a faites devant vous, Messieurs, de l'active et savante impulsion qu'il devait à son jeune maître ; j'espère que vous ferez droit à son double mérite de travailleur distingué et d'élève reconnaissant, en l'appelant le plus tôt possible parmi vous.

Si, soulevant un peu plus le voile de la vie privée de notre infortuné collègue, j'avais à le suivre au sein de sa famille, vous verriez, Messieurs, éclater bien plus encore les dons précieux dont son cœur était doué ; vous le verriez, aimant peu le bruit et les plaisirs du monde, mettre toute sa joie à retrouver, après son rude labeur de la journée, son intérieur, orné du plus gracieux modèle des compagnes, et où l'attendaient les sourires et les caresses de trois adorables petits enfants ; et là, au milieu de sa plus chère solitude, n'avoir pas de plus grand bonheur que celui de partager ses trop courts loisirs entre le doux exercice de la tendresse paternelle et ses goûts pour le travail et la méditation.

Marcé avait à peine trente six-ans ; tout ce que l'on peut ambitionner à son âge et dans sa profession, il le possédait : succès constants, titres, réputation, considération extérieure, charmes et bien-être de la vie intime, riantes perspectives d'un avenir qui devait répondre à ces magnifiques réalités du présent. — Que lui manquait-il donc, et pourquoi n'a-t-il pas vécu ?...

Il lui manquait, Messieurs, la MODÉRATION DANS LE TRAVAIL....

Emporté par le courant irrésistible d'une prodigieuse activité intellectuelle, il s'y est abandonné avec cet oubli de soi et cette méconnaissance de ses forces réelles qui caractérisent l'amour désintéressé de la science. Comme ces vives lumières qui brillent d'un trop rapide éclat, il s'est consumé avant l'heure ; victime de son dévouement à la science, il est mort pour elle et par elle. — C'est un martyr de plus que vous aurez, Messieurs, à ajouter à votre liste, déjà trop longue ; et

e ne connais aux regrets que doit inspirer à la Société anatomique la perte d'un tel collègue, qu'une consolation : celle qu'il est permis de puiser dans l'orgueil de l'avoir possédé.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS

LE TOME NEUVIÈME DE LA DEUXIÈME SÉRIE

XXXXIX^e ANNÉE

A

Abcès du cerveau, 90.
— sous périostique du fémur, 141-147.
Abdomen (tumeur de l'), 307.
— de l'humérus, 507.
Acéphalocystes du foie et du poumon, 315.
Addison (maladie d'), 245-471.
Albinos (œil d'), 251-258.
Albuminurie, 368.
Amputation de la cuisse, 51.
Aneurysme de l'aorte, 21, 104, 109, 249, 364, 388.
— de l'artère cérébelleuse, 98.
— de l'artère mésentérique, 131.
Anomalie du rein, 204.
Aorte (adhérence de l'), 125-132.
— Aneurysmes de l') 21 104, 109, 249, 364, 388.
— (Rupture de l'), 376, 512.
Aphémie, 256, 263, 293, 298, 442, 446, 502, 510.
Apoplexie pulmonaire, 352.
— Ovarienne, 529.
Arachnoïde (tumeur de l'), 21.
Artériels (caillots), 461-462.
Artérite, 331.
Arthrite sèche, 45, 251.
Asragale (fracture de l'), 249, 303.
Atrophie du foie 359.
— du rein, 349.

B

Bassin (fractures du), 61, 123.
Bronches (corps étrangers des), 267.

C

Caillots artériels, 461-462.
Calcanéum (cancer vasculaire du), 257.
Calcul rénal, 442.
— vésical, 450.
Cancer des côtes, 468.
— des cicatrices, 304.
— du cœur, 521.
— de la colonne vertébrale, 453.
— de la dure-mère, 353.
— de l'épididyme, 277.
— du fémur, 12.
— de la fesse, 350.
— du foie, 236.
— généralisé, 92, 512.
— de l'intestin, 369.
— des os, 257.
— du maxillaire supérieur, 291.
— du poumon, 369, 521.
— de la rate, 256.
— du rein, 521.
— du testicule, 99, 203.
— de l'utérus, 82.
Capsules surrénales (tubercules des)
Céphalatomies, 121, 245.
Cerveau (abcès du), 90.

— (Ramollissement du), 81, 82, 63, 232, 246, 256, 293, 298, 461, 506.
 Cervelet (ramollissement du), 68.
 — (Tubercules du), 311.
 Cicatrices (cancer des), 304.
 Cœur (cancer du), 321.
 — (Condylom. des valvul. du), 31, 53.
 — (Rupture du), 2, 503, 504.
 Concrétions intestinales, 83.
 — Rénales, 11.
 Congélation, 73.
 Corps étranger des bronches, 267.
 — de la tunique vaginale, 489.
 Côtes (cancer des), 468.
 — bifurquées, 135.
 Cou (tumeur du), 6.
 Conde (lésions traumatiques du), 513.
 Cuisse (amputation de la), 51.
 — (Désarticulation de la), 513.
 — (Tumeur de la), 32.
 Crâne (exostoses du), 442.
 — (fractures du), 81, 198, 349, 252.
 Cysticerques du porc, 130.

D

Diverticulum de l'intestin, 497.
 Dure-mère cérébrale (tumeur de la), 62, 87, 93, 353, 443.
 — Spinale (tumeur de la), 319.

E

Éléphantiasis molluscum, 563.
 Embolies cérébrales, 306.
 — de l'art. carotide interne, 363.
 — multiples, 232.
 — pulmonaires, 179.
 Emphysème pulmonaire, 84.
 Enchondrôme du péroné, 206.
 Endocardite ulcéreuse, 364.
 Estomac (hypertrophie partielle des parois de l'), 258.
 — (polypes de l'), 63, 80.
 — (ulcération de l'), 19, 44, 172, 252.
 Etranglement interne, 162, 252.
 Exostose du crâne, 442.
 — des vertèbres, 132.

F

Fémur (abcès sous-périostique du), 444, 147.
 — (Cancer du), 12.
 — (Fracture du), 4.
 — Fracture (du col du), 195.

Fesse (cancer de la), 336.
 Foie (atrophie du), 339.
 — (cancer du), 156.
 — (stéatose du), 463, 808.
 — (syphilis du), 251, 301.
 Fostale (pneumonie), 301.
 Fracture de l'astragale, 249.
 — du bassin, 61, 123.
 — du col du fémur, 193.
 — de la colonne vertébrale, 206.
 — du crâne, 81, 198, 298, 352.
 — du fémur, 4.

G

Gangrène de la jambe, 331.
 — de l'œsophage, 351.
 — de la vessie, 191.
 Gastro-entérotomie, 309.
 Génitaux (arrachement des organes), 203.
 — (Tuberculisation des organes), 447.
 Génito-urinaires (vice de conformation des organes), 215.
 Grossesse jumellaire, 7.

H

Hématocèle utérine, 529.
 Hémorragie méningée, 192, 211, 356, 493, 496, 518.
 — de la protubérance, 463.
 Hermaphrodisme, 481.
 Humérus (abcès sous-périostique de l'), 307.
 — (Résection de l'), 91.
 Hydrocéphalie, 153, 811.
 Hydronéphrose, 132.
 Hypertrophie partielle des parois de l'estomac, 233.

I

Ictère grave, 539.
 Imperforation du rectum, 193.
 Inclusion scrotale, 277.
 Intestin (Diverticule de l'), 497.
 — (Etranglement de l'), 167, 252.
 — (Invagination de l'), 37.
 — (Polype de l'), 37.
 — (Ulcération de l'), 270, 462.

K

Kyste acéphalocyste du foie et du poumon, 315.

- intra thoracique, 129.
- de l'ovaire, 43, 306, 443.
- des parois abdominales, 301.
- du rein, 33, 439.
- des trompes, 333.

L

- Lacrymale (tumeur), 132.
- Leucocythémie, 47.
- Luxation de l'épaule, 357.
- du radius, 36.

M

- Mal de Pott, 90.
- Maxillaire sup. (cancer du), 291.
- Méningée (hémorrhagie), 192, 311, 336, 495, 496, 517.
- Méningite cérébro-spinale, 123.
- Mésentérique (anévrisme de l'art), 131.
- Moelle (sclérose de la), 372.
- (Ramollissement de la), 73.
- (Tumeur de la), 211.
- Molluscum, 505.
- Monstruosité fœtale, 130.
- Myélopaxes (tumeur à), 498, 515.

N

- Néo-membrane chez un chien, 85.
- de la dure-mère, 507.

O

- Oesophage (gangrène de l'), 354.
- Oeil d'albino, 258, 261.
- Os (cancer des), 237.
- Ostéite du tibia, 193.
- Ovaire (apoplexie de l'), 529.
- (Kyste de l'), 43, 306, 345.
- Otorrhagie, 381.

P

- Paralysie de l'enfance (lésions de la), 125.
- généralisée (lésion de la), 119, 437, 419.
- Pellagre, 371.
- Pemphigus chronique, 366.
- Péricardite chronique, 243.
- des nouveau-nés, 203.
- Hémorrhagique, 208.
- Péritoine (tumeur du), 19, 172.

- Péroné (enchondrome du), 209.
- Ptialange supplémentaire, 61.
- Phlébite du sinus latéral, 454.
- de la veine rénale, 303.
- Phthisie granuleuse, 95.
- Placenta, 7.
- Polype de l'estomac, 63, 80.
- de l'intestin, 37.
- du rectum, 194.
- de l'utérus, 64, 258.
- de la vessie, 60.
- Pouce surnuméraire, 290.
- Poumon (apoplexie du), 332.
- gangrène du, 267.
- Pneumonie chronique, 477.
- fœtale, 301.
- Prix Godard (rapport sur le), 432.

R

- Rachitisme, 119.
- Radius (luxation du), 36.
- Ramollissement du cerveau, 51, 53, 63, 232, 236, 293, 298, 461, 506.
- du cervelet, 68.
- de la moelle, 73.
- Rate (infarctus de la), 232.
- cancer de la, 256.
- Rectum (imperforation du), 193.
- (perforation du), 119.
- (polype du), 204.
- Rein (anomalie du), 349.
- (Atrophie du), 349.
- (Calcul du), 442.
- Concrétion (du), 11.
- (Infarctus du), 232, 463.
- (Kyste du), 55, 459.
- Réséction de l'humérus, 91.
- Rhumatisme articulaire (suppuration), 397.
- Rupture de l'aorte, 512.
- du cœur, 2, 502, 504.

S

- Scarlatine hémorrhagique, 270.
- Sclérose de la moelle, 172.
- Sein (tumeur du), 16, 96, 128.
- Sinus latéral (phlébite du), 454.
- Spina bifida, 453, 1.
- Stéatose du foie, 454, 508.
- Synostose coxo-fémorale, 356.
- Syphilis du foie, 231.

T

- Testicule (cancer du), 99, 203.

Tibia (ostéite du), 198.
 Thrombose des veines, 369, 456.
 Tournis du mouton, 208.
 Tubercules des capsules surrénales
 245.
 — du cervelet, 311.
 — milia-res, 11, 93.
 — des organes génitaux, 205.
 — des pédoncules, 289.
 — des trompes, 58.
 Tumeur de l'abdomen, 307.
 — de l'arachnoïde, 21.
 — du cou, 7.
 — de la cuisse, 32.
 — de la dure-mère, 62, 87, 93, 319, 333,
 413.
 — de l'encéphale, 211.
 — lacrymale, 152.
 — de la grande lèvre, 307.
 — de la moelle, 211.
 — Amyélopaxe, 495, 515.
 — de la peau, 505.
 — des nerfs, 211.
 — du péritoine, 19, 172.
 — du sein, 16, 96, 118.
 — de l'utérus, 457.
 Trompes (kystes des), 533.
 — (Tubercules des), 58.
 Typhoïde (siéatose du foie dans la)
 — la fièvre, 454, 598.

U

Ulcération de l'estomac, 19, 440, 172,
 252.
 — de l'intestin, 270.
 — de la vessie, 15, 270.
 Utérus (cancer de l'), 82.
 — (Corps fibreux de l'), 249.
 — Polype de l'), 64, 250.
 Tumeur de l', 457.

V

Vaginale (corps étranger de la tuni-
 que, 487.
 Valvules aortiques (athéromes des)
 125.
 — Ulcérations des, 563.
 Veine rénale (phlébite de la), 503.
 Vertèbres (cancer des), 435.
 — Exostoses des, 132.
 — fractures des, 207.
 Vessie (gangrène de la), 191.
 — (Polype de la), 66.
 — (Ulcération de la) 15, 270.
 Vices de conformation, 100, 130, 215

TABLE

DES

TRAVAUX ORIGINAUX, OBSERVATIONS ET MÉMOIRES

Bouchard. Tumeur de la dure-mère spinale, (rapport), 326.

Bournesville. Anévrisme de l'aorte. Emploi de la glace, guérison, mort, autopsie (Obs.), 21.

Broca. Note sur un œil d'Albinos, 238.

Brouardel. Atrophie des organes génitaux, (rapport), 347.

Caresme. Apoplexie ovarienne, hématoçèle consécutive, épanchement de sang dans la cavité péritonéale (Obs.), 529.

Cornil. Hypertrophie partielle des parois de l'estomac (Rapport), 258. — Scarlatine hémorrhagique (Obs.), 270.

Cruveilhier (Ed). Inclusion scrotale (Rapport), 282.

Dacorogna. Hermaphrodisme apparent chez une personne du sexe féminin (Obs.), 481.

Descroisilles. Arthrite sèche (Rapport), 47.

Després. Adénome mammaire (Rapport), 97. — Étranglement intestinal (Rapport), 169.

Dubruel. Invagination intestinale due à un polype (Rapport), 37. — Hématoçèle rétro-utérine (Rapport), 537.

Duguet. Anévrisme de la crosse de l'aorte (Obs), 104. — Abscès sous périostique du fémur (Rapport), 133.

Fernet. Péricardite hémorrhagique (Obs.), 208.

- Flurin*. Grossesse gémellaire (Rapport), 7.
- Fontan*. Tumeur fibro-plastique de la cuisse (Obs.), 33. — Ictère grave (Obs.), 339.
— Etranglement interne (Obs.), 162.
- Font-Réaux*. Vice de conformation des organes génitaux (Obs.), 100.
- Genouville*. De l'otorrhagie (Rapport), 380.
- Gouguenheim*. Paralyse générale (Rapport), 474.
- Gueniot*. Note sur une femme Albinos, 261.
- Hayem*. Anévrysme de la crosse de l'aorte (Obs.), 109. — Cancer du cœur (Obs.) 321.
- Henrot*. Abscès sous périostique du fémur (2° Obs.), 141.
- Laborde*. Hydrocéphalie (Rapport), 138. — Note sur la pathogénie des hémorrhagies méningées, 493.
- Lacrouzille*. Tumeur épithéliale de la dure-mère spinale (Obs.), 319. — Rupture de l'aorte (Obs.), 376. — Pneumonie chronique (Obs.), 477.
- Liouville*. Altération athéromateuse de l'aorte, embolies multiples, ramollissement du cerveau, infarctus du cerveau et du rein (Obs.), 332. — Tumeur du péritoine correspondant à un ulcère simple de l'estomac (Obs.), 172.
- Luyt*. Aphasie, lésions de la circonvolution frontale postérieure (Obs.), 263.
- Maindron*. Anévrysme de l'aorte (Obs.), 388.
- Martineau*. Ramollissement du lobe droit du cervelet, hémiplegie alterne (Obs.), 68.
- Painelvin*. Polype de l'utérus, ablation, mort (Obs.), 64.
- Perret*. Vice de conformation du rectum et des organes génitaux d'un fœtus (Obs.), 68.
- Raynaud*. Embolies pulmonaires (Rapport), 173.
- Regnard*. Cancer de l'intestin (Obs.), 369. — Pellagre, sclérose de la moelle (Obs.) 371. — Paralyse générale (Obs.), 471. — Hémorrhagie méningée, néomembranes de la dure-mère (Obs.), 277.
- Robertet*. Corps étranger de la bronche gauche, pneumonie avec gangrène (Obs.), 267. — Tubercule du cervelet, hydrocéphalie consécutive (Obs.), 311.
- Spiess*. Inclusion scrotale viscérale (Obs.), 277.
- Vast*. Tumeurs multiples de l'encéphale, de la moelle et des nerfs (Obs.), 211.
- Voisin*. Congélation pendant l'ivresse alcoolique, ramollissement de la moelle (Obs.), 73.
-

TABLE

DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉES DANS CE VOLUME.

A	D
Archambault, 504.	Dacorogna, 442, 481.
	Damaschino, 79.
	Decri, 252.
	Delens, 447.
	Descroizilles, 48.
	Desprès, 50, 56, 97, 169, 197, 252, 446.
	Dodenil, 132.
	Dolbeau, 132, 366.
	Dubruel, 33.
	Duguet, 184, 185, 184, 245.
	Duplay, 58, 501.
	Durand-Fardel, 85.
	F
	Favre, 90.
	Fernet, 138, 202, 495.
	Flurin, 7)
	Font-réaux, 100, 203.
	Fontan, 35, 58, 162, 339, 319.
	Fortin, 307.
	G
	Genouville, 351, 380.
	Giraldès, 507.
	Gouguenheim, 6, 7, 44, 61, 123, 129, 194, 495.
B	
Ball, 436.	
Bergeron, (H), 203.	
Besnier (E.), 253, 503, 510.	
Beauvier (J.), 252, 315.	
Blache, 87, 299, 352.	
Bordier, 4, 96, 128, 501.	
Bouchard, 21, 62, 79, 324, 375.	
Bouchard, 349.	
Bourneville, 21, 43.	
Bricheau, 86, 222, 300, 511.	
Breca, 258, 263, 295.	
Brouardel, 44, 79, 299, 300, 446.	
C	
Carbonell, 457.	
Caresme.	
Carrière, 99, 450, 468, 497.	
Chassaignac, 6, 7, 18, 83, 198.	
Chaillon, 249, 495.	
Chalvet, 568.	
Chédevergne, 503.	
Cornil, 7, 12, 16, 19, 20, 63, 82, 95.	
Cotard, 61, 81.	

TABLE DES PRÉSENTATEURS

649

Guiraud, 366.
Guéniot, 245, 251, 261, 300.
Guyot, 397, 453.

H

Hayem, 57, 87, 109, 125, 353, 443, 461, 506.
Henrot, 141, 147, 290.
Houel, 237, 356, 666, 810.

J

Jolivet, 357.

L

Labbé, 188.
Labeda, 192.
Lahorde, 18, 20, 83, 93, 125, 158, 256, 355, 496, 511.
Lacrouzille, 119, 191, 519, 576, 443, 459, 462, 177, 582.
Lamare, 11, 364.
Larcher, 2.
Ledentu, 15, 84.
Legroux, 131.
Lemaire, 81, 90, 125.
Leven, 208.
Liouville, 19, 51, 53, 63, 80, 172, 232.
Luys, 202, 246, 263, 303, 368, 511.

M

Magnan, 353, 466, 510, 512.
Maindrou, 388.
Mailhéné, 219.
Marcé, 63.
Martineau, 68, 204, 246, 512.

Meunier (J.), 93,

P

Painetvin, 12, 61, 91, 198.
Panas, 202.
Paquet, 135, 195, 289, 190, 306, 350, 507.
Parmentier, 304.
Paul, 19, 150, 188.
Pelvet, 132, 364, 504.
Perret, 11, 121, 127, 213, 251, 451.
Perruchot, 82, 501.
Peter, 256.
Potain, 60, 311, 333, 496.
Poumet, 432,

R

Ranvier, 79, 82, 206, 367,
Raynaud, 20, 179.
Regnard, 119, 569, 442, 171, 45, 471, 493, 496, 511.
Robertet, 297, 367.
Rondeau, 125, 206, 307.

S

Simon, 7, 18, 19, 86
Spiess, 277.

T

Texier, 206.

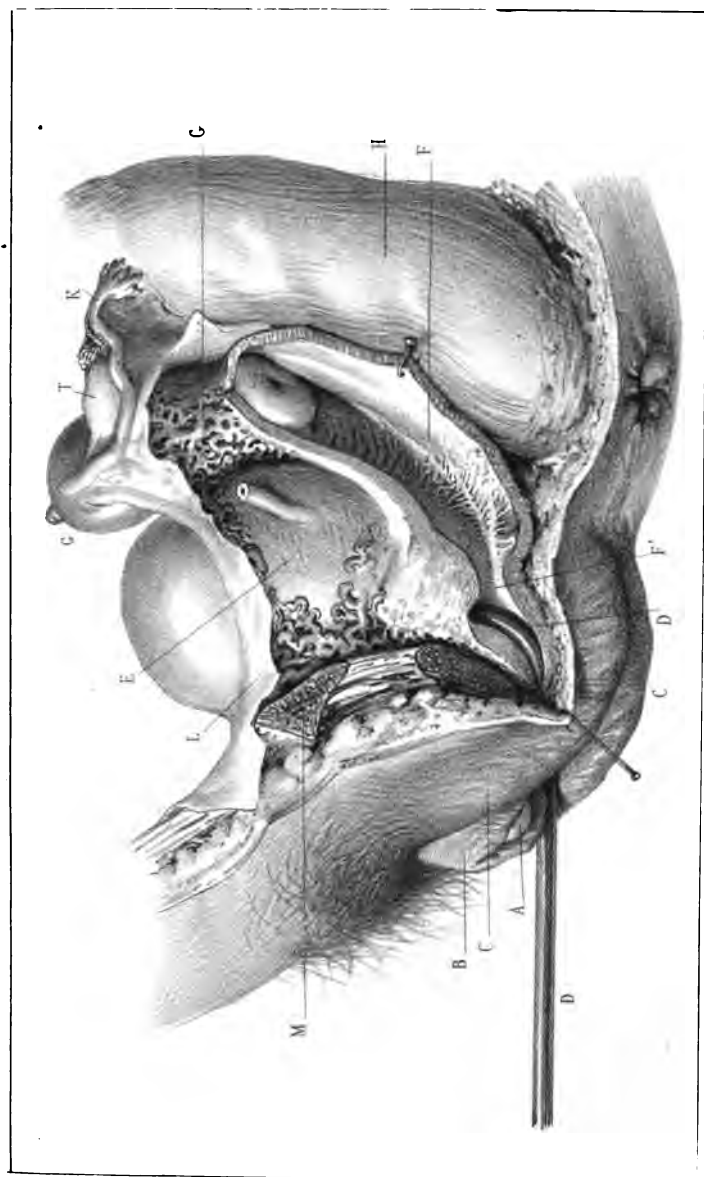
V

Vast, 211.
Viguiet, 46.
Voisin, 703, 201.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

- A Clitoris.
B Petites lèvres.
C Grandes lèvres.
D Sonde qui pénètre dans l'urètre.
E Vessie.
F Vagin.
F' id.
G Utérus.
H Rectum.
K Trompes.
M Symphyse du pubis.
T Ovaires.

FIN.



Das Leinwand-Peignoir

Die weibliche Genitalien

